Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 M., praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№. 51. 17. December 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik und Poliklinik zu Bonn.

Ueber parasitäre Protozoen (Trichomonas pulmonalis) im Auswurf.

Von Dr. *Ad. Schmidt*, Privatdocent.

Leyden hat zuerst auf das Vorkommen niedrigster Pilzthiere im Auswurf aufmerksam gemacht. In seinen bekannten, im Verein mit Jaffé ausgeführten Untersuchungen über die putriden Sputa [1]) findet sich folgender Passus: „Auch entschiedene Infusorien finden sich in den meisten putriden Sputis in Menge; indessen ist es zweifelhaft, ob diese sich nicht erst in dem Speiglase bilden: wenigstens haben wir post mortem in den Lungen keine Infusorien mit Sicherheit nachweisen können.“ Auf Leyden's Veranlassung hat später Kannenberg [2]) in 14 Fällen von Lungengangrän das Sputum sorgfältig durchforscht und in 11 Fällen Infusorien nachweisen können. Er unterscheidet zwei, durch ihre Grösse verschiedene Arten, Monas lens und Cercomonas, und fand sie einmal, allerdings nicht mehr lebend, auch in der Abscesshöhle der Leiche. Mit Recht schliesst Kannenberg aus diesem Befund und aus ihrem Aufenthalt in den putriden, sogen. Dittrich'schen Pröpfen, dass die Infusorien aus der Lunge selbst, aus den in brandiger Zersetzung begriffenen Theilen stammen.

Von den späteren Autoren ist den Kannenberg'schen Befunden wenig oder gar keine Beachtung geschenkt worden, obwohl man dem Studium der Monaden auf anderen Schleimhäuten, besonders der des Darmes grosses Interesse entgegengebracht hat. Allerdings ist richtig, dass die Monaden des Sputums, so lange wir keinen Grund haben, an ihrer Harmlosigkeit zu zweifeln, nicht entfernt die Bedeutung beanspruchen können, wie beispielsweise die Colonamöben, deren pathogener Charakter heute keinem Zweifel mehr unterliegt. Immerhin dürfte eine genauere Beschreibung der Sputuminfusorien, schon ihrer biologischen Eigenschaften wegen, am Platze sein.

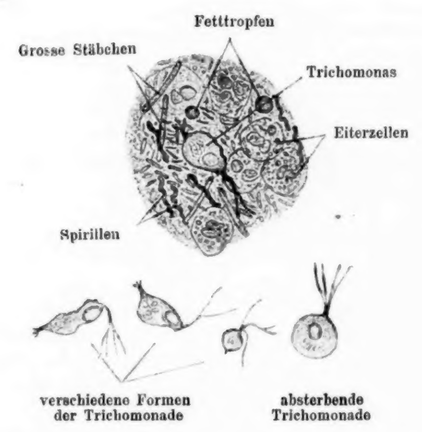
Ich habe bei 3 Patienten Gelegenheit gehabt, lebende Infusorien im Auswurf zu beobachten.

Im 1. Falle handelte es sich um ein im Zerfall begriffenes Kehlkopf-Carcinom. Bei dem betr. Kranken stellte sich in den letzten 14 Tagen ante mortem eine Aspirationspneumonie des rechten Unterlappens ein. Im übelriechenden Auswurf fanden sich zahlreiche Dittrich'sche Pfröpfe, welche die Infusorien enthielten. Die Section ergab eine mässige Erweiterung der kleinen Bronchien in dem pneumonisch verdichteten Unterlappen. In diesen Bronchien befand sich eine reichliche Menge Secret von derselben Beschaffenheit, wie der Auswurf. Ein Zerfall des Lungengewebes selbst, eine Gangrän, liess sich nicht nachweisen.

Der 2. Kranke, ein kräftiger Mann in mittleren Jahren, hatte vor einem Jahre beim Essen einen Knochensplitter aspirirt. Bald danach trat eine fieberhafte Lungenaffection mit rechtsseitiger Pleuritis auf. Seitdem beständiger Husten, welcher morgens sehr viel, häufig stark übelriechenden Auswurf herausbefördert. Mehrfache Recidive der Pleuritis, einmal schnell vorübergehende linksseitige Hemiparese. Jetzt findet sich RHU. geringe Dämpfung, abgeschwächtes Athmen mit trockenem Rasseln. Der Auswurf enthält zu den Zeiten, wo er übelriechend ist, spärliche Dittrich'sche Pfröpfe mit Infusorien.

In dem 3. Falle handelt es sich um eine Bronchiektase des linken Unterlappens bei einem jungen Manne. Die Krankheit datirt mehrere Jahre zurück und scheint sich im Anschluss an eine Rippenfellentzündung entwickelt zu haben. Das Sputum ist sehr reichlich, 3 schichtig, stinkend, enthält zahlreiche Pfröpfe.

Der Fundort der Infusorien waren in allen 3 Sputis ausschliesslich die übelriechenden Dittrich'schen Pfröpfe, die in wechselnder Zahl und Grösse im Auswurf angetroffen wurden. Um die Protozoen zur Anschauung zu bringen, braucht man nur einen solchen, frisch entleerten, Propf zwischen Objectträger und Deckglas zu zerdrücken und mit Immersion zu betrachten. Das sich darbietende Bild ist höchst interessant; zwischen den verschiedenen in lebhafter Bewegung begriffenen Bakterien erkennt man die betreffenden Infusorien, welche sich auf den ersten Blick nicht viel von den Leukocyten unterscheiden, bald an ihrer selbständigen, eigenartigen Bewegung. Ihre durchschnittliche Grösse ist etwas geringer als die eines Eiterkörperchens; die kleinsten Formen sind nicht viel grösser als ein Kern. Sie zeigen einen matten Glanz und lassen nur selten, meist erst, nachdem sie abgestorben sind, einen Kern erkennen. Doch bemerkt man in ihrem Körper manchmal einige kleine bewegliche Granula, von denen ich nicht mit Sicherheit sagen kann, ob sie aufgenommene Bakterienleiber oder etwas anderes darstellen. Ihre Form wechselt ausserordentlich. Am häufigsten zeigen sie eine ovaläre oder unregelmässig längliche Gestalt. Wenn sie absterben, was sehr bald nach der Entleerung geschieht, werden sie rundlich und sind dann kaum noch von Lymphocyten zu unterscheiden (cf. Figur.)



An dem einen Pol tragen sie eine wechselnde Anzahl in lebhafter Bewegung begriffener Geisseln. Um sie zu sehen, muss man warten, bis die Bewegung beim Absterben des Thieres eine langsamere wird. Man erkennt dann 1—4 Fäden, die

[1]) Deutsches Archiv für klin. Medicin, II., 1867, S. 488 ff.
[2]) Virchow's Archiv, 75, 1879, S. 471, und Zeitschrift für klin. Medicin, I., 1879, S. 228.

mit einer gemeinsamen Wurzel entspringen. An die Wurzel schliesst sich ein undulirender Saum an, welcher etwa die Hälfte der Längsseite einnimmt. In gefärbten Präparaten, auf deren Herstellung ich sogleich eingehen werde, kann man sich überzeugen, dass die Anzahl der Geisselfäden an gut erhaltenen Exemplaren in der Regel 4 beträgt. Dass man im frischen Präparat meist nicht mehr als 1—3 erkennt, rührt z. Th. daher, dass einzelne Fäden häufig aneinanderliegen. Doch ist es durchaus nicht unwahrscheinlich, dass ihre Anzahl eine individuell wechselnde ist. Die Länge der Fäden, die wie bei den meisten Flagellaten nicht zugespitzt, sondern bis zum Ende gleich stark sind (Blochmann[3]), entspricht etwa der Körperlänge. Am entgegengesetzten Pole läuft der Leib in eine kurze, unten manchmal gegabelte Spitze aus, die eine verschiedene Form und Länge zeigt, beim Absterben oft ganz verschwindet und offenbar als Haftorgan dient. Wenigstens pflegt diese Stelle der fixe Punkt bei der Bewegung zu sein; liegt das Thier frei, so ist sie häufig mit anhaftenden Bakterien bedeckt.

Vermittels der Geisseln vermag sich das Thier in der verschiedensten Weise, bald vorwärts, bald rotirend, selten rückwärts zu bewegen. Ausser der Geisselbewegung existirt aber noch eine amöboide Bewegung, deren Effect eine fortwährende Veränderung der Leibesform ist. Gelegentlich sieht man an irgend einer Stelle einen spitzen Fortsatz erscheinen, der alsbald wieder eingezogen wird. Die Gesammtbewegung ist eine höchst mannigfache und macht auf den Beobachter den Eindruck, als ob das Thier die umgebenden Bakterien in sich aufnähme, frässe; doch habe ich niemals mit Sicherheit diesen Vorgang verfolgen können.

Die Gesellschaft, in welcher sich die Infusorien befinden, ist ziemlich gleichmässig zusammengesetzt. Man trifft sie in der Regel am Rande des den Kern des Dittrich'schen Pfropfes bildenden Bakterienhaufens an, dort, wo zwischen Detritus und freien Fetttröpfchen die ersten mehr oder weniger zerfallenen Eiterkörperchen im Gesichtsfeld erscheinen. Von den sie umgebenden Bakterienformen zeichnen sich einige durch die Regelmässigkeit ihres Vorkommens und durch ihre eigenartige Form aus: es sind dies aussergewöhnlich grosse und dicke Stäbchen, welche durch den Mangel der Jodreaction sich von den sogenannten Leptothrixfäden unterscheiden, und etwas kleinere, schon von Leyden erwähnte, Spirillen. Beide Arten sind in den frischen Pfröpfen, ebenso wie die unzählichen kleineren Bacillen, in lebhaftester Bewegung begriffen. Doch erlahmt ihre Bewegung ziemlich schnell, ebenso wie die der Infusorien selbst. Länger als 20—30 Minuten wird man die Bewegung unter dem Mikroskop selten andauern sehen.

Ihren morphologischen und biologischen Eigenschaften nach gehört die beschriebene Infusorie in die Ordnung der Flagellaten und unter diesen in die Familie der Trichomonaden. Will man ihr einen Namen geben, so dürfte es sich empfehlen, sie nach ihrem Fundort — Trichomonas pulmonalis — zu benennen. Möglich, dass sie mit der Trichomonas vaginalis identisch ist. Mehr als die weitgehende Uebereinstimmung der Formen lässt sich zur Zeit nicht dafür anführen. Von dem Vorkommen zweier verschiedener Arten, die Kannenberg als Cercomonas und Monas lens bezeichnet, habe ich mich nicht überzeugen können. Vielmehr glaube ich, dass die letztere, welche sich nur durch ihre geringere Grösse unterscheidet, eine Jugendform der ersteren darstellt, zumal überhaupt die Grösse der Thiere eine sehr wechselnde ist. Den Namen Cercomonas wird man besser fallen lassen, da dieser Form der undulirende Saum fehlt.

Es ist mir nicht gelungen, die Trichomonade in Trockenpräparaten in instructiver Weise zu färben. Immer erleidet der Körper bei den dazu nöthigen Manipulationen starke Verzerrungen, so dass die gefärbten Leiber nur noch sehr geringe Aehnlichkeit mit den ursprünglichen Formen aufweisen. Um gute Bilder zu erhalten, geht man am besten so vor, dass man Methylviolett oder irgend eine andere Farbe am Deckglasrande des frischen Präparates auftropft und wartet, bis durch Diffusion, die man durch angelegtes Fliesspapier beschleunigen kann, der Farbstoff die im Gesichtsfeld eingestellten Thiere erreicht. Man kann dabei beobachten, dass die Färbung erst eintritt, nachdem die Lebensthätigkeit aufgehört hat.

Versuche, die Infusorien zu isoliren und zu züchten, hatten keinen Erfolg. Ausser den gewöhnlichen Nährböden versuchte ich Aufgüsse von Heu und Pferdemist, schleimiges und eitriges Sputum. Selbst wenn man das fötide Sputum als Ganzes bald nach der Entleerung im Brutschrank aufbewahrt, kann man nach 24 Stunden die Infusorien in den Pfröpfen nicht mehr lebend auffinden. Die gleiche Schwierigkeit gegenüber Züchtungsversuchen bereiten die Begleiter der Infusorien, die Spirillen und die grossen Bakterien.

Uebertragungsversuche habe ich an einigen Meerschweinchen vorgenommen, indem ich eine Aufschwemmung der Dittrich'schen Pfröpfe gegen die Bronchien zu in die Trachea injicirte. Der Erfolg war durchaus negativ. Dem gegenüber berichten Leyden und Jaffé, dass es ihnen gelungen ist, bei Kaninchen und Hunden fötides Sputum in Trachea und Lunge zu übertragen. Welche Mikroorganismen hier die Infectionserreger waren, konnte nicht entschieden werden.

Was die klinische Bedeutung der Trichomonas betrifft, so kann ich mich Kannenberg nur anschliessen, wenn er dieselbe für gering hält. Es liegt kein Grund vor, diese Infusorien für mehr als einfache Schmarotzer zu halten. Die grosse Aehnlichkeit der begleitenden Mikroorganismen mit den in der Mundhöhle vorkommenden Formen (Bac. max. buccalis und Spirochaete dentium) weisen darauf hin, das Ausgangsmaterial der Pfröpfe in der Mundhöhle zu suchen. Da bisher leider eine Züchtung der verschiedenen „eigentlichen Mundbakterien“ nicht gelungen ist, so ist es vorläufig nicht möglich, den Beweis für diese Annahme zu erbringen. Erwähnen will ich aber noch, dass ich mehrmals in den Pfröpfen das an seiner charakteristischen Form und Bewegung leicht kenntliche Spirillum sputigenum angetroffen habe.

Von Interesse ist, dass das Vorkommen der Infusorien im Auswurf, wie die mitgetheilten Fälle lehren, nicht auf die Lungengangrän sich beschränkt. Auch bei Bronchiektasien und wahrscheinlich bei allen denjenigen Processen, die zur Bildung der Dittrich'schen Pfröpfe führen, können sie angetroffen werden. Dass sie einen constanten Befund in diesen Pfröpfen bilden, möchte ich bezweifeln, da ich mehrmals vergeblich nach ihnen gesucht habe. Es verdient noch hervorgehoben zu werden, dass in Fall 2 mit der Besserung des Krankheitsprocesses die Dittrich'schen Pfröpfe und mit ihnen die Trichomonaden aus dem Sputum verschwanden.

[3]) Zeitschrift für wiss. Zoologie, 1884, S. 43.

Ein Fall von totaler Darmausschaltung mit totaler Occlusion.

Von Dr. *Wiesinger*, Oberarzt der chirurgischen Abtheilung am St. Georg allgemeinen Krankenhaus in Hamburg.

In der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg vom 24. September 1895 stellte ich eine 31 jährige Frau vor, bei welcher ich wegen Ulcerationen im Darm eine totale Darmausschaltung und zwar des Colon transv., des Colon descendens und eines Theiles der Flexura sigm. vorgenommen und das Colon ascendens mit der Flexura sigm. vereinigt hatte[1]).

Während das eine Ende des ausgeschalteten Darms an der Flexur völlig geschlossen und im Leibe versenkt war, hatte ich das andere Ende, den Anfangstheil des Colon transv. auf der rechten Seite dicht unter der Lebergrenze in die äussere Haut eingenäht und offen gelassen, um zunächst der Secretion aus dem ausgeschalteten Darmstück einen Ausweg offen zu halten und von hier aus Ausspülungen und Sondirungen vornehmen zu können. Ich sprach damals die Absicht aus, sobald die Secretion geringfügig geworden sei, diese äussere Oeffnung ganz zu verschliessen und damit, wie es Baracz und Obalinski mit Erfolg in je einem Falle gethan

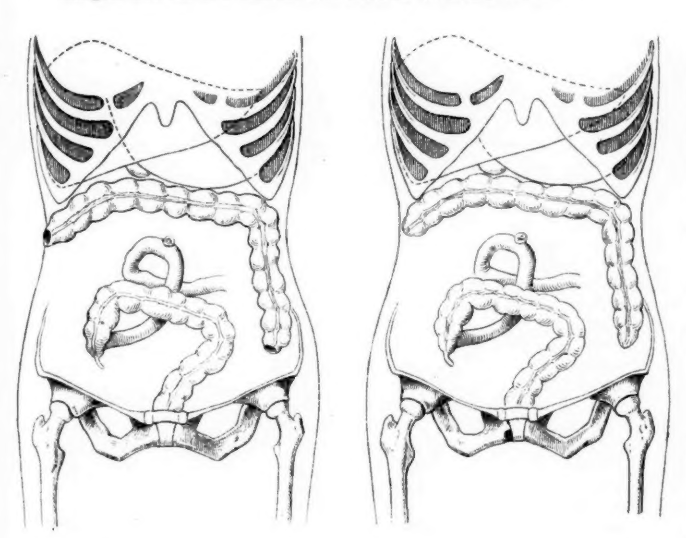
[1]) cf. das Referat in dieser Wochenschrift, 1895, p. 969.

haben, eine totale Darmausschaltung mit totaler Occlusion herzustellen.

Dies ist jetzt am 9. October ausgeführt und damit weniger einer chirurgischen Nothwendigkeit, — denn die bestehende Darmfistel, die nur wenig secernirte, genirte die Patientin verhältnissmässig wenig —, als einem psychischen Erfordernisse Folge geleistet, denn die Patientin war ausser sich bei dem Gedanken, diese Fistel nun zeitlebens behalten zu müssen.

Dieser psychische Effect ist aber keineswegs gering anzuschlagen und zwingt uns in solchen Fällen, wenn es irgend zulässig erscheint, die kosmetische Operation, den Schluss der Fistel, vorzunehmen, Wenn es sich, wie ja nach den Resultaten von Obalinski und Baracz kaum zu erwarten steht, — beide Patienten sind bei längerer Beobachtung gesund und ohne Beschwerden geblieben — später wider Erwarten herausstellen würde, dass in dem ausgeschalteten Darm sich Retentionen einstellen, so würde es, da das Ende desselben mit der Haut in Verbindung geblieben ist, ein Leichtes sein, hier wieder zu öffnen und die Fistel wieder herzustellen.

Die Krankengeschichte, so weit sie hier in Bezug auf die Darmausschaltung von Interesse ist, ist kurz folgende. Die Frau Wischendorf bemerkte seit etwa 3 Jahren, dass ihr mit dem Stuhl Eiter abging. Gleichzeitig bestand hartnäckige Obstipation. Allmählich zunehmend stellten sich auch Schmerzen im Leibe, besonders auf der linken Seite, ein. Druck war ihr daselbst äusserst empfindlich und man fühlte bei Betastung in der Gegend des Colon transvers. und besonders an der Uebergangsstelle in das Colon descendens einen harten schmerzhaften Strang. Die Untersuchung per rectum liess eine Anzahl mehr oberflächlicher kleiner Ulcerationen der Schleimhaut daselbst nachweisen und wir mussten nach diesem Befund annehmen, dass derartige Processe auch in den empfindlichen Darmpartien vorhanden sein mussten. Weder die Anamnese noch die Untersuchung der Kranken liess Anhaltspunkte für Lues oder Tuberculose auffinden. Nachdem wir lange Zeit innere Mittel, Jodkali etc. und fortgesetzte hohe Darmausspülungen, denen adstringirende und desinficirende Mittel zugesetzt wurden, ohne jeden Erfolg angewandt hatten, beschlossen wir zunächst auf der rechten Seite an der Uebergangsstelle des Colon ascendens in das Colon transversum einen Anus praeternatur. anzulegen, theils um die Kothpassage von dem erkrankten Darm auszuschliessen, theils um von der Fistel aus Ausspülungen und Sondirungen vornehmen zu können. Doch auch hierdurch gelang es nicht Besserung zu erreichen und die Sondirungen stellten an einigen Stellen des Darms stenosirende Processe fest.



Ein Beseitigung des Anus praeternatur. war daher nur durch Ausschaltung des kranken Darmstücks zu erreichen. Es wurde zu diesem Zwecke am 29. VIII. 1895 das zuführende Ende des Darms, also das Colon ascendens, aus seiner Verbindung mit dem Anus praeternatur. losgelöst und der Theil, der mit der Haut in Berührung gewesen war, resecirt. Nun wurde Laparotomie in der Mittellinie gemacht, die Flexur in ihrem unteren Theil durchschnitten, das obere Ende derselben genäht und das untere Ende mit dem Colon ascendens, welches provisorisch mit Jodoform umwickelt quer durch den Leib geleitet war, durch Naht vereinigt.

Der Verlauf war ein ungestörter, der Stuhlgang seit der Zeit ein regelmässiger. Das Allgemeinbefinden wurde besser. Das Gewicht nahm zu. Im Stuhl noch geringe Beimischung von Eiter und Schleim aus den Ulcerationen im Rectum.

Die Darmfistel auf der rechten Seite secernirte Anfangs reichlich eitrigen Schleim, doch verringerte sich bald die Secretion bei desinficirenden Ausspülungen, so dass am 9. October der Verschluss der Fistel vorgenommen werden konnte.

Die totale Occlusion bei totaler Darmausschaltung wird ihre Berechtigung wohl auf den Dickdarm oder untersten Theil des Ileum mit Coecum beschränken müssen, da nach den Thierexperimenten von Salzer sowohl, wie den Erfahrungen am Menschen im Dünndarm die Secretion den dauernden Verschluss der Fistel verbietet. So musste Obalinski sowohl wie Körte ein derartig ausgeschaltetes Stück nachträglich noch exstirpiren, da die Secretion zu stark war und den Patienten zu sehr belästigte.

Aus diesem Grunde wird praktisch auch das Gebiet der Darmausschaltung überhaupt auf den Dickdarm beschränkt bleiben, bei welchem man die Aussicht hat, später die Fistel ganz zu schliessen.

Zunächst wird man wohl stets gut thun, wenigstens ein Ende des ausgeschalteten Darmes offen zu halten, um die Secretion zu überwachen und eventuell zu vermindern.

Was die Indication zur Darmausschaltung anbetrifft, so sind keine neuen Gesichtspunkte hervorgetreten und ich kann daher auf die einschlägige Literatur verweisen.

Veröffentlicht sind bis jetzt 8 Fälle von Darmausschaltung und zwar 6 mit Offenlassen einer Fistel: Hochenegg, Frank, v. Eiselsberg, Körte, Obalinski, Carl Funke. 2 mit totalem Verschluss von Baracz und Obalinski. Mein Fall würde danach der 3. mit totalem Verschluss sein.

Bemerken möchte ich noch, dass ich die Naht des Darmes den Senn'schen Platten, den Kohlrübenplatten und dem Murphy'schen Knopf vorziehe, obwohl ich alle diese Methoden mit befriedigendem Erfolge gelegentlich angewandt habe.

Ich glaube, dass diese Methoden nur dann an Stelle der Naht treten sollten, wenn ausnahmsweise auf die etwas grössere Schnelligkeit der Ausführung ein besonderes Gewicht gelegt werden müsste.

Literaturangaben.

1. Salzer, Ueber Darmausschaltung, Beiträge zur Chirurgie, Festschrift zu Ehren Billroth's. Stuttgart, F. Enke, 1892.
2. Hochenegg Ein Beitrag zur Cöcal-Chirurgie und zur Ileocolostomie. Wiener klin. Wochenschrift, 1891, 53.
3. Frank, Einige Darmoperationen mit Bemerkungen über die Darmnaht. Wiener klin. Wochenschrift, 1892, 27.
4. v. Eiselsberg, Zur Casuistik der Darmausschaltung. Wiener klin. Wochenschrift 1893, 8.
5. Baracz, Ueber totale Darmausschaltung und über die Verwendbarkeit der Kohlrüben-Platten bei Ileocolostomie. Centralbl. für Chirurgie, 1894, 27.
6. Obalinski, Zur totalen Darmausschaltung. Centralbl. für Chirurgie, 1894, 49.
7. Körte, Zur Darmausschaltung. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. XLVIII, 4.
8. Reichel, Ueber die Berechtigung der Darmausschaltung mit totalem Verschluss des ausgeschalteten Stückes. Centralbl. für Chirurgie, 1895, 2.
9. Obalinski, Zur Berechtigung der Darmausschaltung mit totalem Verschluss des ausgeschalteten Darmstücks. Centralbl. für Chirurgie, 1895, 6.
10. Carl Funke, Zur Casuistik der Darmausschaltung. Prager med. Wochenschrift, 32/33.

Zwei Sectionen aus der Privatpraxis.[1])

Von Dr. *Amon*, kgl. Strafanstaltsarzt in Kaisheim.

Man hat in der Privatpraxis nicht gerade häufig Gelegenheit, Sectionen vorzunehmen. Wenn dieselben dann auch noch in der Privatwohnung stattfinden müssen, so sind sie meist mit Unbequemlichkeiten verknüpft. Abgesehen von dem furchtsamen Widerstreben und der Aufregung der Angehörigen sind die localen Verhältnisse der Verstorbenen in der Regel ungünstig. Man hat kein genügendes Licht, keinen passenden Tisch und muss in Bezug auf Assistenz etc. Vieles entbehren, was in unseren Leichenhäusern so bequem eingerichtet ist.

[1]) Vortrag, gehalten in der Herbstversammlung des ärztlichen Bezirksvereins Nordschwaben.

Aber dennoch hat man auch in der Privatpraxis hie und da Veranlassung, eine solche Section wenigstens einer Körperhöhle zu machen. So war ich beispielsweise heuer im April zufällig in Einer Woche zweimal in der Lage, Privatsectionen vorzunehmen und erlaube mir Ihnen hierüber in Kürze zu referiren:

Die erste betraf einen 40jährigen Selbstmörder B. in dem an der Donau gelegenen Pfarrdorfe Marxheim, die zweite einen an acuter septischer Peritonitis verstorbenen 61jährigen Mann in Kaisheim selbst.

Der Selbstmord war durch Erhängen geschehen. Ein Familienvater von sieben Kindern und nicht gerade günstigen Vermögensverhältnissen war das Opfer. Man war allgemein bestürzt und überrascht, da der Erhängte als ein solider Mann galt, und auffallende Dissidien in dessen Familienleben nicht vorgekommen waren. Allerdings erinnerte man sich sofort, dass derselbe schon längere Zeit nicht mehr so aufgeräumt war wie früher, keine Freude mehr am geselligen Leben zeigte, einsilbig wurde, an den Leuten vorüberging, ohne sie anzusehen oder anzusprechen, ja zuletzt sogar ihre Grüsse ignorirte. Ausserdem war auch bekannt, dass seine verstorbene Mutter an Geistesstörung gelitten hatte, ohne aber je in eine Irrenanstalt verbracht werden zu müssen. Nach all' dem lag die Vermuthung nahe, dass B. im geisteskranken Zustande Hand an sich gelegt, und wurde ich um Vornahme der Leichenöffnung ersucht, um eventuelle anatomische Ursachen für eine im Leben vorhandene und verhältnissmässig so still verlaufene Geistesstörung zu constatiren und so leichter das kirchliche Begräbniss zu ermöglichen.

Der Körper, früh 7 Uhr auf dem Heuboden kurz nach dem Erhängen entdeckt — B. hatte vorher noch seinen Stall besorgt — gab abgeschnitten kein Lebenszeichen mehr. Die Section wurde am selben Tage Abends $5^1/_2$ Uhr vorgenommen und ergab folgenden Befund:

Todtenstarre bereits stark ausgeprägt, der Körper von untermittlerer Grösse und normal gebaut. Knochen und Muskeln mittelkräftig. Die Farbe der Haut blass, die der sichtbaren Schleimhäute blass bläulich. Eine Strangfurche sehr deutlich zu beiden Seiten des Halses sichtbar, die Augen halb offen, die Bindehäute stark cyanotisch, der Mund ziemlich starr geschlossen. Nirgends Todtenflecke und Verletzung. Beim Spalten der dunkel und dicht behaarten Kopfschwarte fliesst etwas dunkles Blut ab. Das kurz ovale und flach gewölbte Schädeldach ist ziemlich schwer zu durchsägen. Seine Dicke übernormal, nämlich 6 mm. Der Blutgehalt der Diploë vermehrt. Die harte Hirnhaut bis auf 3 pacchionische Zotten glatt, aber nicht durchscheinend. Alle Gefässe strotzend mit dunklem Blut gefüllt, welches beim Eröffnen des Längsblutleiters in grosser Menge abfliesst. Die innere Fläche der Dura ist nur vorne über dem Stirnhirn beiderseits mit der Pia etwas verwachsen, sonst glatt lösbar. Ueber und unter der Dura kein Bluterguss und kein Exsudat. Die weiche Hirnhaut blutreich, sonst zart und durchsichtig, ist beiderseits über der oberen und mittleren Stirnwindung in unregelmässig begrenztem Bezirke auf etwa Zweimarkstückgrösse — links mehr als rechts — weisslich getrübt und zwar so, dass die äussere Zone schwach, das Centrum aber ganz undurchsichtig erscheint. An diesen Stellen adhärirt auch die Pia etwas, während sie sonst leicht abziehbar ist. Die darunter liegenden Rindentheile sind mehr grauröthlich gefärbt als ihre Umgebung und auch weicher als diese. Die Windungen erscheinen daselbst abgeflacht, die Furchen seicht und durch eine farblose sulzige Masse wie verklebt. Beim Einschneiden zeigt sich die graue Substanz etwas verschmälert gegenüber der Nachbarschaft, sonst treten aber in der Tiefe keine Unterschiede mehr zu Tage.

An der Gehirnbasis ist die Pia zart, durchsichtig, leicht abziehbar, aber auch von sehr blutreichem Gefässnetz überdeckt. Das Gehirn ist sonst symmetrisch und von mittlerer Grösse. Beim weiteren Einschneiden ist die im Allgemeinen ziemlich schmale Rindensubstanz grauröthlich, die Marksubstanz hellgrau und mit vielen Blutpunkten durchsetzt. Feuchter Glanz ist vorhanden, doch erscheint die Consistenz zäher als normal. Die Seitenventrikel sind leer, die Adergeflechte stark gefüllt. Seh- und Streifenhügel sind fest, feucht und glänzend, röthlichgrau, in der weissen Substanz aber mit zahlreichen Blutpunkten versehen. Ebenso sind die Vierhügel. Die dritte Gehirnkammer ist leer und nicht erweitert. Die ganze Basis, das Kleinhirn, Medulla oblongata, Brücke und Hypophysis zeigen ausser grossem Blutreichthum nichts Abnormes. Ebenso das Schädelinnere. Nachdem ich noch möglichst viele Schnitte nach verschiedenen Richtungen durch das Gehirn gelegt hatte, ohne etwas Weiteres zu finden, sammelte ich die Gehirnmassen in die obere abgehobene Schädelcapsel, klappte sie möglichst gut auf die untere und schloss den Scheitelschnitt mit einigen Nähten.

Eine Section der anderen Körperhöhlen war nicht gewünscht und zu dem gedachten Zwecke dieser Leichenöffnung auch nicht nöthig. Ich begnügte mich desshalb mit dem eben skizzirten Befund und kam zu dem Gutachten, dass B. zweifellos im Leben an Geistesstörung gelitten und auf Grund dieser den Selbstmord begangen habe.

Dass der Tod durch Erhängen d. i. durch Suffocation eingetreten war, ging, abgesehen von der Strangrinne, aus der Cyanose der sichtbaren Schleimhäute und der Ueberfüllung sämmtlicher Schädel- und Gehirngefässe mit flüssigem dunklem Blut hervor. Dass der Selbstmörder aber geisteskrank war, glaubte ich ausser mit der auffallenden Aenderung seines Wesens während der letzten Lebenszeit direct durch den Gehirnbefund bewiesen. Die Stirnhirnoberfläche zeigte beiderseits eine herdförmige, chronische Leptomeningitis und Periencephalitis.

Welche unserer jetzt in der Wissenschaft angenommenen Formen von Geistesstörung es nun gewesen, die diesen Mann zum Selbstmord führte, ist nicht so leicht zu sagen. Denn wir sind in der feineren Histologie des Gehirns noch nicht so weit wie in der anderer Organe und können aus einem bestimmten Krankheitsherd bis jetzt nur vereinzelt auf eine bestimmte Störung schliessen. So viel aber ist sicher, dass Veränderungen der Rinde, namentlich wenn sie an homologen Stellen beiderseits auftreten, leicht psychische Störungen hervorrufen.

Die herdartigen Trübungen würden in diesem Falle für eine vielleicht auf luetischer Grundlage sich ausbreitende Dementia paralytica sprechen und könnte man sich vorstellen, dass der Selbstmord in einem schweren melancholischen Anfall dieser Krankheit erfolgt ist. Allein Selbstmorde kommen bei verschiedenen Geistesstörungen vor, so namentlich bei einfacher acuter Melancholie, Paranoia, Epilepsie etc., und dürften in einem solchen Falle ohne Krankheitsgeschichte post mortem noch verschiedene Diagnosen differenziell in Betracht kommen.

Bei der zweiten Privatsection, die ich berichten möchte, bin ich in der günstigeren Lage, auch eine kurze Krankheitsgeschichte bringen zu können.

Am 26. April Mittags, gerade als ich im Begriffe war, zu der Section des Selbstmörders nach Marxheim zu fahren, wurde ich zu dem 64jährigen früheren Bürgermeister M. in Kaisheim gerufen. Derselbe klagte über Stuhlverhaltung und Leibschmerzen. Er gab an, sich am Tage vorher durch einen Trunk sehr kalten Bieres verdorben zu haben. Denn er habe sogleich darnach heftige Schmerzen im Leib gefühlt. Ausserdem sagte er noch, dass er in den letzten Jahren vielfach an Stuhlverstopfung gelitten habe und sonst nie ernstlich krank gewesen sei. M. war ein kräftiger, stattlicher Mann von blühendem und jüngerem Aussehen, als seinem Alter entsprach. Auf dem rechten Ohr war er ganz taub und auf dem linken so schwerhörig, dass man sich nur mühsam mit ihm verständigen konnte. Seit wann dieses Gehörleiden bestand, konnte nicht festgestellt werden, doch scheint dessen Eintritt weit zurück zu reichen. Die nähere Untersuchung bei dem Kranken, den ich bis dahin nie behandelt hatte, ergab gesunde Brust- und Bauchorgane, keine Hernie, aber einen vergrösserten linken Hoden, der jedoch nie Schmerzen verursacht hatte. Der Leib war fest, aber nicht aufgetrieben, auf Druck wenig schmerzhaft und liess nirgends eine prominente oder abnorm resistente Stelle fühlen. Die Zunge war mässig belegt, Appetit fehlte, Brechreiz war nicht da. Der Puls, voll und kräftig, hatte 96 Schläge, die Athmung 20 Züge pro Minute und die Temperatur 38,0° C. in ano. Die Exploration des Rectums ergab keinen Koth- oder anderen Tumor. Es wurde Ricinusöl mit etwas Crotonöl verabreicht und feuchtwarmer Umschlag angeordnet. Am Nachmittag trat dann auch etwas dünner Stuhl ein, worauf der Patient sich erleichtert fühlte. Allein später am Abend nahmen die Schmerzen wieder zu, und konnte ich, von Marxheim zurückgekehrt, bereits 38,6° und 108 Pulsschläge constatiren. Da unterdessen noch keine feste Entleerung erfolgt, wohl aber Uebelkeit ohne Erbrechen eingetreten war, sah ich von weiteren innerlichen Abführmitteln ab und griff zu dem unschuldigen und oft recht probaten Mittel der hohen Eingiessungen mittels einer Nelaton'schen Sonde, die mit dem Schlauche eines Irrigators verbunden war. Ich liess so erst Ricinusöl einfliessen und dann warmes Salzwasser bis zu mehreren Litern fortgesetzt nachlaufen. Der Einlauf wurde längere Zeit vom Darm behalten, entleerte sich aber dann stossweise, ohne Fäces mitzubringen. Nach einer Ruhepause wiederholte ich die Eingiessungen und erzielte schliesslich auch eine dünne schleimige Stuhlentleerung ähnlich der, die nach dem Einnehmen des Ricinusöles gekommen war. Feste Kothmassen entleerten sich nicht.

Am nächsten Tage hatten die Schmerzen im Leibe etwas nachgelassen, da früh Erbrechen eingetreten war. Das Erbrochene, bis zu meinem Besuche aufbewahrt, bestand aus ungefähr $^1/_3$ Liter grünlich gefärbten Wassers und Schleimes ohne Geruch.

Da der Leib etwas aufgetrieben erschien, machte ich nochmals Irrigationen mit lauwarmem Wasser, aber ohne Erfolg. Der Schmerz war jetzt auf Druck in der rechten untern Bauchgegend stärker als links und daselbst auch eine grössere Resistenz fühlbar. Das Fieber war auf 39,5° und der Puls über 100 gestiegen. Ich liess desshalb einen Eisbeutel auflegen. Erbrechen kam nicht mehr, allein es wurde auch keine Nahrung, sondern nur wenig Wein mit Wasser und Eispillen genommen. Gegen die heftiger werdenden Leibschmerzen injicirte ich Morphium subcutan.

Am dritten Tage war das ganze Abdomen stärker aufgetrieben; der Kranke, welcher bis dahin noch frisch und kräftig erschien, verfiel mehr und mehr. Die Hautfarbe wurde ikterisch. Der Puls war be-

ständig über 120, die Temperatur 39,5—40,0. Erbrechen trat auch wieder 1 mal ein, aber ebenfalls ohne Kothgeruch. Am vierten Tage nahm der Verfall der Kräfte und die Tympanites des Bauches immer mehr zu. Erbrechen kam nicht mehr, allein auch kein Stuhl, dagegen viel Aufstossen. Die Temperatur wurde nahezu subnormal, der Puls sehr elend; das Bewusstsein blieb erhalten fast bis zum Ende, das in der Nacht des vierten Tages eintrat.

Die Diagnose, welche schon im Leben auf eine höchst wahrscheinlich vom Blinddarm ausgehende septische Peritonitis gestellt wurde, erfuhr durch die Section folgende Bestätigung und Ergänzung:

Bei der Incision des Abdomens treten fingerdicke Unterhautfettschichten zu Tage. Das Peritoneum parietale ist nirgends mit dem Netz oder Darm verwachsen. Im Peritonealraum ist zunächst nur etwas helle gelbliche Flüssigkeit zu sehen, die aber nicht überfliesst, sondern beim weiteren Oeffnen zurückrinnt. Unter dem stark und hellroth injicirten Netz liegen die prall mit Luft gefüllten Darmschlingen, deren Oberflächen gleichfalls hellroth injicirt erscheinen. Die Darmschlingen quellen so massenhaft hervor, dass es sehr schwierig ist, daneben weiter nach der Tiefe zu suchen und die Enden des Darmes, sowie die übrigen Bauchorgane blosszulegen. Ich mache desshalb von der Mitte aus noch zwei seitliche Incisionen in die Bauchwand und gewinne erst dadurch Raum genug. Nach Beiseiteschieben der sehr stark aufgeblähten Dünndarmschlingen gelangt man rechts auf das nicht so stark aufgetriebene Colon ascendens, und entlang diesem nach unten in die Gegend des Blinddarms. Letzterer, ebenfalls etwas collabirt und mit seiner Umgebung, besonders nach hinten fest verwachsen, ist von einer Eitercloake umgeben, deren Masse ungefähr zwei Hohlhände füllen würde. Beim weiteren Suchen findet sich unter und neben dem Coecum nach hinten und oben führend ein Fistelgang, aus dem sich Eiter ausdrücken lässt. Die Sonde führt da in eine halbfaustgrosse Abscesshöhle, welche eröffnet unebene Wände, aber keinen Fremdkörper aufweist. Da sich ein Processus vermiformis nirgends finden lässt, ist anzunehmen, dass dieser im Abscess aufgegangen ist. Die Umgebung des letzteren bilden ziemlich derbe Verwachsungen mit dem Coecum und dem Endstück des Ileums, sowie mit der hinteren Bauchwand. Der Darm eröffnet zeigt nirgends eine vollkommen verschlossene oder perforirte Stelle und enthält ausser Luft nur wenig dünnen grünlichen Schleim ohne eigentlichen Fäcalgeruch. Nur im S romanum liegt wenig dünner Koth.

Wie das Netz und die Serosa des Darms ist auch der Magen stark injicirt, während die Leber und übrigen Organe des Leibes wenig oder gar keine peritonitischen Producte zeigen.

Diese peracute septische Bauchfellentzündung war demnach entstanden durch Perforation eines kalten Abscesses des Wurmfortsatzes und kann als Moment dieses Ereignisses wohl der Augenblick angenommen werden, wo M. plötzlich nach einem kalten Trunk Leibschmerzen bekam. Der austretende Eiter inficirte sofort das Peritoneum, welch letzteres durch seine grosse Flächenausdehnung, Resorptionsfähigkeit und durch die peristaltischen Bewegungen des Verdauungscanales bald im ganzen Umfang erkrankte und wie gewöhnlich rasch zum Tode führte.

Auffallend ist nur, dass der Kranke mit Ausnahme der Verstopfung vorher keine Beschwerden von seinem Abscess hatte. Allein die auch während der letzten Leidenstage von dem Patienten gezeigte ziemlich grosse Indolenz gegen die peritonitischen Schmerzen lässt jene Thatsache begreiflich erscheinen. Uebrigens hätte bei dem ungünstigen Sitz des Abscesses im Leben auch dann kaum ein operativer Eingriff gewagt werden können, wenn zufällig das Leiden früher erkannt worden wäre, und muss man bei der sogenannten Appendicitis, welche heut zu Tage mehr und mehr in das Gebiet der Chirurgie getreten ist, immer bedenken, dass es auch inoperable Fälle gibt, wo man besser thut, bescheiden bei der inneren Medicin zu bleiben.

Ein kleines Missgeschick, das mir bei der zweiten Obduction begegnete, will ich noch erwähnen. Ich stach mich nämlich beim Beginn des Zunähens der septischen Bauchhöhle ziemlich tief in den linken Daumen. Nach gründlicher Desinfection mit Lysol und Verschluss der blutenden Stichwunde mittels Jodoformcollodium und Watte wagte ich es aber doch nicht mehr, die Bauchhöhle zu berühren. Ich war desshalb kurze Zeit in Verlegenheit, da ich keinen Bader bei mir hatte und weder der dabei befindlichen Leichenfrau noch einem der im Hause Anwesenden das Zunähen des Bauches überlassen konnte. Ich schickte desshalb nach einem auf der Spitalabtheilung unserer Strafanstalt angestellten barmherzigen Bruder, welcher auch sofort kam und die Naht vollendete. Mir aber nahm ich für die Zukunft vor, bei jeder Section unbedingt einen Gehilfen mitzubringen, der im Stande ist, die Obduction unter meiner Leitung zu vollenden, wenn mir dabei irgend ein Malheur passiren sollte.

Asepsis in der Landpraxis.[1])

Von Dr. *Hans Doerfler* in Weissenburg a. Sand.

(Schluss.)

Nachdem ich Ihnen die zu Hause nothwendigen Vorbereitungen geschildert habe, erübrigt es mir noch, Ihnen das Verhalten des aseptischen Operateurs bei einer auf dem Lande auszuführenden Operation d. h. den ganzen aseptischen Operationsgang in einem Bauernhause zu schildern. Es ist wohl am zweckmässigsten, an einem Beispiele die Verhältnisse zu besprechen.

Ich wähle als Beispiel die Ausführung einer Herniotomie wegen eingeklemmten Leistenbruches, wie sie jedem praktischen Arzte täglich vorkommen kann.

Wer auf dem Lande operiren will, muss unter allen Umständen sich einer sachgemässen Assistenz in der gleichen Weise versichern, wie sie in jeder Klinik als nothwendigster Bedarf vorhanden ist. Bei einiger Energie wird es stets gelingen, sich einen Bader oder sonst eine zuverlässige Person (z. B. manche Hebamme) als chloroformirenden Assistenten abzurichten. Ich selbst habe von meinem Vater einen Bader übernommen, der so zuverlässig chloroformirt, dass ich mich besonders seit Einführung der Tropfmethode fast gar nicht mehr um die Narkose zu kümmern brauche. Selbstverständlich muss derjenige, der einem chloroformiren lehren will, selbst mit den einzelnen Phasen der Narkose vollkommen vertraut sein. Eine schlechte Narkose vereitelt oft durch die vielen Störungen und Aufregungen allein den glatten und aseptischen Verlauf der Operation.

Ausserdem ist fast bei jeder Operation eine sachverständige Assistenz an der Wunde selbst unerlässliche Bedingung. Nicht genug kann darum empfohlen werden, mit einem Collegen des gleichen Ortes oder der Nachbarschaft sich auf so freundschaftlichen Fuss zu stellen, dass man denselben bei allen Operationen als gewohnten Gehilfen zur Seite hat. Abgesehen davon, dass dieser durch häufiges Assistiren selbst bald eine zuverlässige Stütze wird, ist die Verantwortung auf 2 Schultern immer leichter zu tragen als auf der einen des Operateurs und das Zusammenoperiren ein mächtiger Factor zum guten, collegialen Einverständniss. Es ist wichtig, den betreffenden Collegen mit aller Energie, soferne er die Asepsis selbst nicht ganz beherrscht, in die Geheimnisse derselben einzuführen. Ohne ganz sachgemässe Assistenz ist eben eine aseptische Operation nicht denkbar.

Begleitet von einem Collegen und dem chloroformirenden Heilgehilfen, versehen mit unserem transportablen Sterilisirapparat und aseptisch verpackten sonstigen Utensilien, begeben wir uns auf unser Operationsterrain.

Fast immer ist es möglich gewesen, im Voraus gekochtes Wasser von den Angehörigen in möglichst grosser Menge vorräthig bereitet haben zu lassen. Dieses treffen wir also in unserem Bauernhause an.

Zunächst haben wir unsere Aufmerksamkeit dem Operationszimmer selbst zuzuwenden. Wenn wir auch in einem Bauernhause nicht eine solche Unzahl pathogener Keime anzutreffen befürchten müssen, wie sie früher in jedem klinischen Operationssaal im Boden massenhaft sicher vorhanden waren, so soll doch bei aller Geringschätzung der Luftinfection das Aufwirbeln mächtiger Staubmassen im Operationszimmer vermieden werden.

Haben wir die Möglichkeit gehabt, die Operationszeit nach Belieben zu wählen, so werden wir Auftrag geben, dass das Operationszimmer Tags zuvor gründlich gefegt und von da an möglichst wenig betreten werde. Ist die Zeit knapper bemessen,

[1]) Vortrag, gehalten in der Octobertagesversammlung des ärztlichen Bezirksvereins für Südfranken.

so werden wir es stets erreichen können, dass wenigstens 2 Stunden vor unserem Eintreffen das Zimmer nochmal recht feucht gewischt worden ist; der etwa durch diese Manipulation aufgewirbelte Staub hat sich innerhalb zweier Stunden meist wieder auf den feuchten Boden niedergelassen und dadurch seine Flugkraft eingebüsst. Wir werden so ein verhältnissmässig staubfreies Operationszimmer vor uns haben. Staubige Vorhänge, Decken und Betten sollen womöglich Tags vorher entfernt werden. Bei dringender Operationsnothwendigkeit ist es am besten, all' diese Staubträger ruhig hängen und liegen zu lassen. Wir bemühen uns eben dann, die Berührung dieser Gegenstände nach Kräften zu vermeiden. Sollte doch hin und wieder Staub aufwirbeln, so getrösten wir uns der wissenschaftlich feststehenden Thatsache, dass der in Wohnhäusern aufgewirbelte Staub meist wenig oder gar keine Infectionskeime enthält.

Wo nur immer die Möglichkeit hinsichtlich der Zeit und der Verhältnisse es gestattet, dringe ich darauf, dass der Patient vor unserem Eintreffen gebadet werde. Wenn man will, kann man auch mittelst einfacher Wäschefässer — ohne meinen Wunsch haben sich schon manche meiner Patienten hölzerner Backtröge zu diesem Geschäfte bedient — den glänzenden Erfolg einer elegantesten Badewanne sich sichern und bei geringer Energie dies fast stets erreichen. Der gebadete Patient bekleidet sich mit frischer Wäsche und wird in ein frisch überzogenes Bett gelegt. In diesem liegend, erwartet er, möglichst rein, den Operateur. Wie wir nicht Alles, was die Asepsis vorschreibt, erreichen können, streben wir eben das Bestmögliche an.

In Nothfällen müssen wir allerdings auf das Bad, das wirksamste aseptische Vorbereitungsmittel, verzichten. Doch schadet dies auch nicht allzuviel. Um so grössere Sorgfalt widmen wir eben dann der localen Desinfection des Operationsfeldes selbst.

Um eine gründliche Reinigung des Operationsgebietes vornehmen zu können, ist es absolut nothwendig, den zu operirenden Patienten auf einen von allen Seiten zugänglichen, nicht zu breiten Tisch zu lagern. Fast überall findet man einen sogenannten Waschtisch, lange, schmale Tische, wie sie zum Einseifen und Bürsten der Wäsche in Gebrauch sind. Ich mache alle meine Operationen auf solchen Waschtischen. Im Bette zu operiren, ist wegen der geringen Höhe und hieraus sich ergebender allzugrosser Anstrengung des Operateurs einerseits, wegen der nicht zu vermeidenden Durchnässung der Unterlage und des bei Lagewechsel unvermeidlichen Staubaufwirbelns andrerseits gänzlich zu verwerfen. Für den Kopf und Rücken benützen wir einen Kopfkeil aus Stroh oder ein gepolstertes Kissen, im Nothfalle können wir uns mit mehreren aufeinandergelegten Kopfkissen behelfen. Die Tischplatte wird mit einer sauberen, möglichst dicken Decke belegt, das ganze Lager schliesslich mit einem frisch gewaschenen Betttuche bedeckt.

Tische, Bänke und Stühle, die wir als Ständer für unsere Wasch- und Instrumentenschalen benützen, werden ebenfalls mit frisch gewaschenen Handtüchern oder am besten mit sterilisirten Tüchern bedeckt.

Um jeden unnöthigen Staub zu vermeiden und dem Operateur die nöthige Ruhe zu garantiren, werden alle unnöthigen Personen aus dem Zimmer entfernt.

Besondere Sorgfalt haben wir den Waschschüsseln und Instrumentenschalen zu widmen. Es ist nicht möglich, so viele Schüsseln zur Operation mitzunehmen, als wir benöthigen. In jedem Hause sind einige grössere Schüsseln aufzutreiben. Diese werden zunächst mit Seife, heissem Wasser und Bürste gründlich abgerieben, gereinigt und für 10 Minuten mit Sublimatlösung 1:1000 bis an den Rand gefüllt. Wir können annehmen, dass die glatten, gut gereinigten Schüsseln nach dieser Frist von allen den Keimen frei sind, die eine Wunde zu inficiren vermögen. Als Waschschüsseln und Sublimatlösungsschüsseln sind sie jedenfalls unbedenklich zu gebrauchen; haben wir unsere Instrumente in einer emaillirten Pfanne, in der sie ausgekocht worden sind, mitgebracht, so werden wir dieser, als absolut steril, den Vorzug geben; im anderen Falle kann jede mit Sublimat sterilisirte Schüssel als Instrumentenschale benützt werden. Unterbindungsmaterial und Nähseide legen wir in auf gleiche Weise sterilisirte Porzellan- oder Thonteller. Gekochtes Wasser, wenn man will, mit etwas Lysol (1 Proc.) versetzt, wird in diese Schalen und Teller desshalb gegossen, um jede Luftinfection der Fäden und Instrumente zu vermeiden; doch ist, wie gesagt, die Gefahr der Luftinfection eine so unbedeutende, dass wir getrost unsere Instrumente und Unterbindungsfäden auf sterilisirte Tücher, die wir in vorher gereinigte Schüsseln gelegt haben, ausbreiten und so trocken operiren können. Bei Darmresectionen, wo die feine Seide und die feinen Darmnadeln trocken viel leichter zu handhaben sind als nass, habe ich stets trocken operirt und niemals Schaden davon gesehen.

Nachdem wir unsere Hände in schon beschriebener Art gründlichst desinficirt und uns vorher mit sterilen Mänteln bekleidet haben, schreiten wir zur Desinfection des inzwischen auf den Operationstisch gelegten Patienten.

Nach gründlicher Einseifung des Operationsgebietes, in unserem Falle, umfassend Mons veneris, Hodensack, die ganze Bauchfläche, beide Oberschenkel, sind zuerst sämmtliche Haare durch Rasiren zu entfernen. Auch an den nicht behaarten Stellen empfiehlt es sich, zu rasiren, um die obersten Epidermisschollen womöglich mit wegzuschaben. Hierauf nochmals gründliche Abseifung und Abbürstung des ganzen Terrains mit heisser Seifenwasserlösung wenigstens 5 Minuten lang. Je länger wir waschen, umsomehr infectiöse Epidermisschollen werden wir zur Ablösung bringen. Hiernach Abspülen mit sterilisirtem Wasser und Abreiben mit in solches getauchten sterilen Wattebäuschen. Jetzt gründliche Abreibung des ganzen Operationsgebietes mit in absoluten Alkohol getauchten Wattebäuschen eine Minute lang. Hierauf Bespülen mit 1 pro mille Sublimatlösung und Abreiben der Haut mit in solche Lösung getauchten Wattebäuschen, Abspülen mit sterilem Wasser zur Entfernung des Antisepticums. Abreiben der Flüssigkeit mit sterilem Tuch.

Jetzt soll das Operationsgebiet mit sterilisirten Tüchern von allen Seiten von der Umgebung abgeschlossen werden. In unserem Falle legen wir ein Handtuch auf jeden Oberschenkel; ein Handtuch bedeckt den ganzen Leib mit Ausnahme des Operationsgebietes; die dem Operationsgebiete zunächst liegenden Theile des Tisches werden ebenso mit sterilen Tüchern bedeckt. Jetzt können unsere operirenden Hände nur mit keimfreien Materialien in Berührung kommen und wir können getrost und zuversichtlich auf unsere Asepsis bauend die Operation beginnen.

Bei der Operation ist peinliche Blutstillung vor Schluss der Wunde ebenso Gesetz wie in der antiseptischen Aera, wenn auch bei sorgfältiger Asepsis das Zurücklassen von Blut z. B. in der Bauchhöhle häufig ganz anstandslos ertragen wird. Immerhin wird ein zufällig in der Wunde verbliebener Keim bei Vorhandensein von Blut eher sein Fortkommen finden als ohne seinen Lieblingsnährboden, welchen eben das Blut darstellt.

Wenn auch eine exacte Naht einen Verband häufig ganz unnöthig macht, so möchten wir doch bei allen Wunden, besonders aber bei Bauchwunden, wie in unserem Falle, einen solchen der Sicherheit wegen entschieden empfehlen. Abgesehen davon, dass uns der aseptische Verband die Wunde freihält von eventuell später hinzutretenden Wundinfectionskeimen, ist er gerade bei unserem gewählten Beispiel zugleich eine Art Pelotte, die den Wiederaustritt des Eingeweides aus dem Bauchraum möglichst verhindert und damit eine eventuell vorausgegangene Naht des Bruchcanals sehr gut sichert. Der aseptische Verband wird in unserem Falle derart angelegt, dass ein Stück steriler Gaze direct auf die Wunde zu liegen kommt. Hierauf folgt eine dicke Lage Watte; diese muss die untere Hälfte des Bauches und beide Oberschenkel zur Hälfte, sowie vor Allem den ganzen Hodensack umfassen. Für den Penis wird eine Oeffnung in die verschiedenen Verbandlagen geschnitten, seine nächste Umgebung durch Guttapercha vor Durchnässung geschützt. Grosse, breiteste, sterilisirte, unge-

stärkte Gazebinden pressen die Verbandmaterialien dicht an die Körperoberfläche an und garantiren so einen vollkommenen Luftabschluss.

Die Nachbehandlung gestaltet sich bei der aseptischen Operationsart weit einfacher als bei jeder anderen.

Je nachdem wir eine inficirte oder aseptische Wunde vor uns haben, wird unser Verhalten einzurichten sein. Eine inficirte Wunde soll unter allen Umständen offen gehalten werden. Aussstopfen mit Jodoformgaze, die eben nur bei Vorhandensein von Zersetzungserregern durch Jodfreigabe ihre antiseptische Eigenschaft entwickelt, ist uns hiebei das souveräne Mittel. Bei schwer septisch inficirten Wunden ist häufiger Wechsel von Gazestücken, die in 3—5proc. essigsaure Thonerdelösung getaucht sind, ein vorzügliches Tamponade- und Verbandmaterial. Bei Höhlenwunden aseptischer Natur ist Tamponade der Höhle oder Drainage an günstiger Stelle neben vollständiger Vernähung der Hautwunde anzuwenden. Rein aseptische Wunden können vollständig durch die Naht geschlossen werden. Ein ganz kleines Jodoformgazestreifchen in einem Wundwinkel wird in jedem Falle einer raschen Verheilung per primam nicht im Wege stehen und etwaigen Secretabfluss begünstigen. Bei aseptischem Verlauf können Drainageröhren am zweiten oder dritten Tage ganz entfernt, eventuell durch kleine Jodoformgazestreifchen ersetzt werden. Täglich 2mal muss die Temperatur gemessen werden. Es ist mir überall gelungen, diese Vorschrift in vollem Umfange zur Ausführung zu bringen. Der häufige Thermometergebrauch hat es mit sich gebracht, dass in meiner Praxis in jedem Dorfe 2—3 Thermometer vorhanden sind. Der beschäftigte Arzt hat in der überbrachten Temperaturcurve die gewissenhafteste Controle und zugleich einen zuverlässigen Gehilfen, der ihm manche Fahrt, dem Patienten manche Kosten erspart.

Es ist wichtig, auf eine Erfahrung der aseptischen Wundbehandlungsmethode aufmerksam zu machen, deren Kenntniss für einen richtigen Wundverlauf häufig ausschlaggebend ist.

Haben wir eine Operation mit allen Cautelen der Asepsis ausgeführt und sind wir uns keines Fehlers bewusst, so können wir mit absoluter Sicherheit auf einen ungestörten Heilungsverlauf rechnen. Wir werden also einen ganz fieberlosen Verlauf erwarten dürfen. Nun werden wir in seltenen Fällen, besonders bei Operationen, die geringe Höhlen- oder Taschenbildung veranlasst haben, in den ersten Tagen von einer Temperatursteigerung überrascht, die uns den aseptischen Erfolg für vereitelt erscheinen lassen und uns zu rascherem Verbandwechsel und damit zur Störung der vielleicht schon begonnenen Heilung veranlassen könnte. Hier muss man nun wissen, dass es zweifellos ein sogenanntes aseptisches Fieber gibt, d. h. ein sogenanntes Resorptionsfieber; bei der unter aseptischem Schutz viel eher gestatteten Befugniss, eine Wunde ganz zu schliessen, die man früher drainirt oder offen gehalten hat, kommt es häufig doch zu kleinen Nachblutungen oder Ansammlungen von sterilem Wundsecret, das keinen freien Abfluss findet. Ist aseptisch operirt, so wird dies resorbirt und macht dann ein richtiges Resorptionsfieber. Wodurch unterscheidet sich aber ein solches von einem infectiösen Fieber und woran können wir das aseptische Fieber erkennen?

Die Unterscheidungsmerkmale sind äusserst charakteristisch. Das aseptische Fieber setzt gewöhnlich sofort im Anschluss an die Operation ein; bereits am Abend des ersten Operationstages können wir Temperatursteigerungen bis zu 39°, ja manchmal bis nahe an 40° beobachten. Meist hält sich allerdings das aseptische Resorptionsfieber in mässigen Grenzen und übersteigt 39° selten. Mit ihm Hand in Hand gehen stärkere Schmerzen am ersten Tage, die bereits am zweiten bedeutend nachzulassen pflegen. Das Allgemeinbefinden ist meist wenig alterirt. Am dritten Tage ist die Temperatur wieder normal, ohne dass wir an der Wunde etwas geändert oder auch nur den Verband gewechselt hätten.

Ganz anders, wenn das Fieber einer Infection seinen Ursprung verdankt. Da die Keime eine gewisse Zeit zur Entwickelung und Vermehrung bedürfen, pflegen die ersten beiden Tage hier ganz ruhig und fieberlos zu verlaufen. Da — am zweiten Tage Abends oder gar erst am dritten Tage setzt Fieber ein; jetzt erst treten Schmerzen auf; der Patient ist in seinem Allgemeinbefinden gestört etc. Fieber, das am dritten Tage erst einsetzt, ist also fast absolut sicher ein infectiöses und erfordert sofortigen Verbandwechsel, während solches am Operationstage und am zweiten Tage meist unschuldig ist, keinen Verbandwechsel erheischt und von selbst wieder verschwindet.

Mit der Asepsis ist uns die Möglichkeit gegeben, eine Wunde möglichst lange sich selbst zu überlassen und von der Erfahrung in ausgiebigster Weise Gebrauch zu machen, dass eine Wunde um so besser und ungestörter heilt, je weniger wir an sie mit unseren Händen und Instrumenten herantreten. Für die Landpraxis ein unschätzbarer Gewinn!

Selbstverständlich ist bei jedem Verbandwechesl mit der gleichen Sorgfalt hinsichtlich der Asepsis zu verfahren, wie bei der Operation. Gekochtes Wasser, ausgekochte Scheere und Pincette, sowie sterile Gaze müssen wir auch hier zu unserer Verfügung haben.

Meine Herren! Ich bin am Schlusse angelangt. In einer grossen Zahl eingreifendster Operationen, darunter nicht weniger Laparotomien, hat sich mir in einer grossen, chirurgischen Landpraxis das angegebene Verfahren der Asepsis glänzend bewährt.

Für mich steht es unumstösslich fest, dass bei der nöthigen Sorgfalt und Energie die allergrössten Operationen in jedem Bauernhause unter Garantie der Asepsis ausgeführt werden können. Machen Sie sich diese Erfahrung zu Nutze und Sie werden die wahre Freude an Ihrem Berufe so rein empfinden, wie sie eben nur in der chirurgischen Thätigkeit und ihren Erfolgen zu finden ist.

In Einem unterscheiden wir Praktiker uns ja allerdings wesentlich von den Klinikern. Dort ist ein aseptisch geschultes Personal vorhanden und für den Operateur lassen sich die aseptischen Vorschriften gleichsam spielend erreichen. Hier bei unserer operativen Thätigkeit muss in jedem einzelnen Falle aufs Neue mit allergrösster Sorgfalt und Energie eine aseptische Umgebung geschaffen werden. Und dies erfordert Consequenz, Mühe und Arbeit und immer wieder Mühe und Arbeit. Aber, meine Herren, wir Praktiker sind ja nicht allzu verwöhnt. Drum fest ans Werk in jedem einzelnen Falle, stets unverwandt das hohe Ziel im Auge behaltend. Wie überall in unserer Thätigkeit, so heisst es auch hier: Per aspera ad astra!

Feuilleton.

Wider die Humanaster zu Zürich.

Erklärung von Prof. *Erich Harnack* in Halle.

Alle paar Jahre einmal muss die germanische Raçe in ihrer bis zur Menschenfeindlichkeit gesteigerten Thierfreundlichkeit irgendwo eine Antivivisectionshetze veranstalten, wenn sie gerade nichts anderes zu hetzen hat, sei es im bigotten Albion, oder im gemüthlichen Sachsen oder im demokratisch erleuchteten Zürich, das sich so gerne als das geistige Haupt der Schweizer Eidgenossenschaft fühlt. Der „Vorstand des Vereins zur Bekämpfung der wissenschaftlichen Thierfolter (Vivisection) Zürich" hat die öffentlichen Erklärungen der für die wahren Interessen der Menschheit kämpfenden Fachmänner Zürichs mit einem Pamphlet beantwortet, das den geschmackvollen, so äusserst geschickt formulirten Titel führt: „Entgegnung auf die Eingabe der Gesellschaften der Aerzte des Cantons und der Stadt Zürich an den hohen Regierungsrath des Cantons Zürich, sowie auf den darauf sich stützenden (sic!) ganz ungenügenden Gegenvorschlag dieser Behörde." An ihren Früchten sollt Ihr sie erkennen — man braucht nur den Titel zu lesen, so weiss man schon, wess' Geistes Kinder die Herren vom Vorstand des oben genannten Vereines sind; und nun erst der Inhalt! Das ganze, längst vom Rost angefressene Rüstzeug aus den berüchtigten „Folterkammern der Wissenschaft" des illustren Herrn Weber ist von den Herren jenes „Vor-

standes“ ausgegraben worden, während sie aus den Mitteln ihres eigenen Geistes und aus den Ergebnissen ihres eigenen Forschens wenig oder nichts hinzuzufügen vermochten. Doch, dass ich den Herren nicht Unrecht thue: sie citiren unter den deutschen Biologen ja auch mich, und das ist der Hauptgrund, wesshalb ich mich zu einer Aeusserung veranlasst sehe, abgesehen davon, dass solche Agitationen oft viel traurigere Folgen haben, als diejenigen ahnen, die eine solche Hetze in Scene setzen. Auch aus diesem Grunde halte ich es für meine Pflicht, nicht einfach zu schweigen, sondern meinen wacker kämpfenden Collegen in Stadt und Land Zürich an meinem bescheidenen Theile zu Hilfe zu kommen.

Meinen Namen unter den Gegnern des Thierversuches aufzuführen, das konnten allerdings nur die Herren jenes „Vorstandes“ fertig bringen. Hätten sie (was ich ihnen indess nicht zumuthen will) nur einen Blick in die Arbeiten geworfen, die ich auf dem Gebiete der experimentellen Arzneimittellehre und Toxikologie seit mehr als 20 Jahren veröffentlicht habe, so hätten sie mich als einen der Schlimmen erkannt, als einen Menschen, für den „die Worte Mitleid und Gerechtigkeit gar keine Bedeutung haben“ (sic!). Aber wie dürftig muss es mit dem Beweismaterial, das die Herren beizubringen sich bemüht haben, stehen, wenn sie unter ihren Argumenten gegen den Werth des Thierversuches den folgenden von mir herrührenden Satz anführen: „Eine einzige am Menschen angestellte Beobachtung kann im Stande sein, Aufschluss über die Wirkungen einer Arzneisubstanz zu geben, den wir durch das Thierexperiment allein (sic!) nicht zu gewinnen vermochten. Manche Folgen der Arzneiwirkungen lassen sich schon desshalb am Thiere nicht gut feststellen, weil dieses sich nicht zu äussern vermag.“ Jedem verständig und unparteiisch Denkenden wird ohne weitere Erklärung sofort einleuchten, dass damit der Thierversuch und die Beobachtung am kranken Menschen als gleich unentbehrlich für die fortschreitende Ergründung der Arzneiwirkungen bezeichnet werden sollten. Warum haben die Herren jenes „Vorstandes“ nicht auch den unmittelbar vorangehenden Satz citirt, der so lautet: „Die sorgfältig angestellte empirische Beobachtung am Krankenbette können wir nicht nur nicht entbehren, dieselbe soll vielmehr mit der pharmakologischen Forschung immer Hand in Hand gehen, und das gilt von der Beobachtung am Menschen überhaupt.“ Selbstverständlich ist unter der pharmakologischen Forschung hier nur das Thierexperiment gemeint. Die Frage, in welchem Umfang die experimentellen Ergebnisse vom Thier auf den Menschen übertragen werden dürfen, wird in meiner Abhandlung[1]) eingehend erwogen. Uebrigens habe ich die Herren jenes „Vorstandes“ in dem wohl nicht ungegründeten Verdacht, dass sie meine Abhandlung gar nicht gelesen, sondern den von ihnen angeführten Satz lediglich aus einer Publication von Prof. H. Schulz, in der jener Satz citirt wird, abgeschrieben haben. Man kann hieraus den Werth der von den Herren beigebrachten Argumente und die Gewissenhaftigkeit, mit der sie gearbeitet haben, ermessen. Sie erscheinen wie Knaben, die nach einem hehren Monumentalbau mit Steinen werfen; leider kann es ihnen gelingen, eine Scheibe einzuwerfen, was immerhin den Bau zeitweilig beschädigen und verunzieren kann.

Nein, meine Herren vom „Vorstande“, geben Sie, wenn ich Ihnen gut rathen darf, Ihre Agitation auf! Lassen Sie die Wissenschaft ruhig ihren Weg gehen. Bedient sie sich wirklich falscher oder gar unsittlicher Mittel, so wird der Fortschritt in der Erkenntniss mit diesen sehr bald aufräumen, auch ohne die Mitwirkung von Laien; sind die Methoden aber brauchbar, so wird es Ihnen auch nicht gelingen, sie zu zerstören. Höchstens können Sie Ihrem Lande schaden und sich mit dem Fluche der Lächerlichkeit beladen. Erwägen Sie dabei auch noch Eines: wer in herostratischem Wahnwitz die Brandfackel gegen die Statue der hehren Göttin schwingt, die da heisst Wissenschaft, der ist in gleicher Verdammniss, mag er zu den Finsterlingen des Muckerthums gehören oder im Dienste einer sogenannten Aufklärung handeln. Für Sie als Züricher ist natürlich das Letztere zutreffend, und daher habe ich mir erlaubt, Sie in Ihrer Eigenschaft als Agitatoren mit dem von Prof. Goltz so treffend erfundenen Ausdruck als „Humanaster“ zu bezeichnen.

[1]) Ueber den Begriff der Arzneiwirkungen und die Aufgaben der wissenschaftlichen Arzneimittellehre. Berliner klin. Wochenschrift, 1890, No. 10.

Ein „conservatives“ Krankenhaus.

Von Dr. *Grassmann* in München.

Als ich im letzten Winter Gelegenheit hatte, eine grössere Anzahl deutscher und österreichischer Krankenanstalten zu besichtigen, erging es mir wie wohl jedem Arzte, der seine Aufmerksamkeit auf die bauliche Anlage und den inneren Betrieb grosser Spitäler lenkt: Als die Quintessenz aller hieraus gewonnener Einsicht und Erfahrung drängt sich zunächst immer wieder die praktisch wenig fruchtbare Ueberzeugung auf, dass das Ideal eines Krankenhauses bis zur Stunde noch nicht erfunden ist. Dass jedoch von Seite der Gemeindeverwaltungen und staatlichen Behörden mit Aufwand ausserordentlicher Opfer darnach gestrebt wird, jene Grundsätze, welche die moderne Hygiene als maassgebend für eine salubre Anlage von Krankenunterkünften aufstellt, zum Wohle der Kranken in die Praxis zu übertragen, das ist eine zweite, sehr erfreuliche Ueberzeugung, die Jeder gewinnen wird, der eine grosse Reihe deutscher Spitäler besucht.

Wir haben freilich in Deutschland unter den letzteren recht ehrwürdige Veteranen, wobei man nur an die Charité in Berlin, für Oesterreich an das k. k. allgemeine Krankenhaus an der Alserstrasse in Wien zu denken braucht, um Hauptrepräsentanten aus einer früheren Entwicklungsperiode von Spitalbauten zu nennen. Allein zum einen Theil ist das Todesurtheil für diese schon unterzeichnet, indem moderne Neubauten in den nächsten Jahren an ihre Stelle treten werden, zum anderen Theil ist eine Anzahl alter Krankenhäuser — und hiefür kann das über 80jährige Münchener Krankenhaus l/I. als bestes Beispiel angeführt werden — mit grossem Geschick für die modernen Ansprüche nach Möglichkeit adaptirt.

Wer die Krankenhäuser zu Eppendorf (für den Staat Hamburg), jene aus den letzten Jahrzehnten stammenden zu Berlin (Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderspital, die Krankenhäuser am Urban und im Friedrichshain, das grosse Barackenspital von Moabit), sowie auch kleinere Anlagen in Mittelstädten sieht, wird zugeben, dass man auf dem besten Wege ist, die Vorbilder zu erreichen und sogar zu übertreffen, welche England und Amerika in ihren Spitalbauten darbieten, trotzdem freilich bis dahin noch Vieles zu thun bleibt.

Sollte aber Jemand die Illusion hegen, als ob schon überall in deutschredenden Landen die Anschauungen früherer Zeiten über Krankenhausbetrieb aus der Praxis verdrängt seien, der braucht nur zur altberühmten Stätte der ältesten deutschen Universität, nach der slata Praha, dem goldenen Prag, zu wallen. Er wird dort anderen Sinnes werden.

Auch mich hat mein Weg dort vorbeigeführt.

Wenn ich das, was ich in dem alten Theile des dortigen, in vollem Betriebe stehenden Krankenhauses sah, der Oeffentlichkeit übergebe, geschieht wahrscheinlich nicht Jedermann damit ein Gefallen. Darauf kommt es auch nicht an.

Allein die zu schildernden Zustände widersprechen so stark allen Forderungen, welche die Gegenwart an die Einrichtung und den Betrieb grosser Spitäler als heutzutage selbstverständlich stellt, und vergegenwärtigen so eindringlich die Errungenschaften der Krankenhaushygiene in den letzten Decennien, indem sie die Ignorirung derselben praktisch darstellen, dass ihre Publicirung von allgemeinem Interesse ist. Besonders für uns jüngere Aerzte ist ein Blick in eine frühere Entwicklungsperiode der Krankenpflege, die wir gewohnt sind, als ausgestorben zu betrachten, sehr lehrreich — ich muss sagen, ich kam aus dem Prager Krankenhause ungefähr mit dem Gefühle heraus, als sei ich in einem historischen Museum gewesen!

Bevor ich das Stimmungsbild folgen lasse, das ich nach meinen an Ort und Stelle gemachten Aufzeichnungen entwerfe, bemerke ich, dass die beschriebenen Verhältnisse sich insgesammt an den internen Kliniken vorfinden, während andere Theile des Hauses modern eingerichtet sind. Letztere zu besichtigen, lag mir nicht daran. Nach den mir gewordenen Mittheilungen soll von Seite der Hausverwaltung und Vorstände energisch daran gearbeitet werden, die politischen und gemeindlichen Behörden für eine Modernisirung des ganzen Spitals zu gewinnen — vorläufig aber gelten für das Wohl von Hunderten Kranker folgende Verhältnisse:

Bevor wir in den einen der klinischen Hörsäle (?) treten, haben wir unten zunächst einen kleinen Raum zu durchschreiten, wo von einer schmutzigen Person die Leibgeschirre der Kranken eben gereinigt werden. Der Hörsaal besteht in einem mässig grossen Zimmer, auf den ersten Blick ohne Sitzvorrichtungen für die Zuhörer. Doch bemerken wir nachher eine grosse Zahl von Feldstühlen gegen die Wand gelehnt. Die Einrichtung des Locales besteht der Hauptsache nach aus einem längs der Fensterseite laufenden Holzgestell zum Aufstellen der Mikroskope und zur Vornahme chemischer Untersuchungen. Nebenan unmittelbar der Arbeitsraum des klinischen Lehrers — ein vollständig überfülltes kleines Zimmerchen mit höchst dürftigem „Comfort“. Das Klinikzimmer geht direct in einen Raum

über, der erfüllt mit höchst stinkender Luft, etwa 12—16 weiblichen Kranken zum Aufenthaltsorte dient. Die alten, hölzernen Betten mit schmutziger Bettwäsche stehen ganz eng aneinander, die Nachttische sind verwahrlost und unrein, Ventilationseinrichtung ist nicht vorhanden, ausser die kleinen, sorgfältig geschlossenen Fenster, der kleine Ofen neben der Thüre lässt durch seine fingerbreiten Ritzen Rauch hervorqualmen und liefert ein Luftgemisch, das den Athem benimmt. Dann wird uns ein mit Terrazoboden belegtes Zimmerchen gezeigt, eine Luxuseinrichtung, welche mit dem Bemerken vorgewiesen wird, dass hier bis vor Kurzem gynäkologische Operationen stattfanden. Wir passiren dann ein gangähnlich schmales Zimmer, dessen eine Hälfte noch dazu durch einen Holzverschlag, angeblich für Wasch- und Badezwecke, Wärterinschlafstelle, abgetrennt ist. Hier liegen in geradezu pestilenzialischer Atmosphäre 2 weibliche Kranke; in diesem Raume soll gleichzeitig die Ambulanz für weibliche Kranke (mehrere Tausend pro anno) stattfinden! Auf der tschechischen Abtheilung sind die Säle grösser und besser gelüftet; Männer- und Weibersäle stossen unmittelbar aneinander, nur durch eine unverschlossene Thür geschieden; die Wärterinnen schlafen auch in den Männersälen in sehr leicht zugänglichen Verschlägen. Welche Elemente unter den Wärterinnen, deren unsauberes, unordentliches Aeussere nur den ungünstigsten Eindruck machen kann, sich befinden, zeigt ein kleines Intermezzo: Als wir durch einen Saal kamen, hatte eben eine dieser Krankenpflegerinnen einen Vergiftungsversuch an sich gemacht. „Sie sollte heute entlassen werden, sie hat gestohlen“, war der uns im gleichgiltigsten Tone von der Welt ertheilte Aufschluss darüber. Das Vorkommniss stiess offenbar auf eine davon nicht sonderlich überraschte Umgebung!

Während man in Wien auf die trotz österreichischer Gutmüthigkeit inhumane Einrichtung stösst, dass die Polikliniken zum Theil gleich in den Krankenzimmern abgehalten werden, deren Inwohner daher täglich stundenlang allen mit einem frequenten Betrieb verbundenen Lärm, die Aufregung bei kleineren hier vorgenommenen Operationen, die Luftverderbniss ertragen müssen, sind die Leiter der tschechischen Abtheilung in Prag Vorwürfen dieser Art dadurch enthoben, dass die jährlich von ca. 5000 Kranken besuchte Ambulanz der letzteren in einem nothdürftig adaptirten, durch hoch unter der Decke gelegene Fensterchen kaum erhellten Hausgange abgehalten wird, wo tagsüber immer Licht für mikroskopische Arbeiten etc. gebrannt werden muss. Die Einrichtung von Neuerungen für Laboratorien, besonders bakteriologische, die man überhaupt über die schwarzgelben Grenzpfähle noch nicht recht hinüberlassen will, kommt, da für wissenschaftliche Zwecke ein Etat in der ausserordentlichen Höhe von jährlich 250 fl. ausgesetzt ist, auf einem komisch wirkenden, aber höchst bezeichnenden Umwege zu Stande: Die einzelnen, neu anzuschaffenden Utensilien werden einfach als Ordinationen für einzelne Kranke aufgeschrieben! So kommen die erfindungsreichen Therapeuten um die Bureaukratie herum! —

Dieses Bild selbst bedarf nicht viel Commentar; höchstens darf vermuthet werden, dass der fremde Besucher nicht alle, noch mehr entlegenen Winkel des Hauses gezeigt erhielt; hoffentlich war das Gesehene nicht „die beste Stube“.

Ich brauche wohl kaum darauf hinzuweisen, dass diese Zustände nicht so sehr das Resultat von Personalverhältnissen sind, als den politischen Verhältnissen in dem für das Deutschthum fast verlorenen Böhmen und in der Gemeindeverwaltung Prag, aus der nun auch der letzte Deutsche hinausgedrängt ist, ihre Entstehung und Conservirung verdanken.

Wenn man den Anachronismus der besprochenen Krankenhauszustände in Prag, die Dürftigkeit und Beschränktheit der Betriebsmittel, die den modernen Begriffen von Salubrität Hohn sprechenden Einrichtungen in den Krankenräumen vergleicht mit der Opulenz der Krankenhäuser in Berlin und Hamburg, wo die minutiösesten Anlagen für Centralheizung und -Beleuchtung, Desinfection, Ventilation, Bäder etc. eine ganz ausserordentliche Steigerung der Betriebskosten für die Krankenanstalten bedingen, frägt man sich unwillkürlich, ob zwischen diesen beiden Punkten, die man fast als Extreme bezeichnen möchte, nicht eine Mitte existire, welche in gleicher Weise auf das Wohl und die Behaglichkeit der Kranken, wie auch auf die Finanzirung der Anstalten die berechtigte Rücksicht nimmt. Ich habe nämlich manchmal den Eindruck gewonnen, als ob durch manche einseitige Auffassung und praktische Verwerthung an sich richtiger Thatsachen, durch Rücksichten auf unsicher begründete Theorien und deren Autoren zeitweise des Guten zu viel gethan und den administrativen Interessen nicht die genügende Berücksichtigung geschenkt worden sei. Natürlich rächt sich dieser Fehler, wie mir auch einer der Leiter eines der neuen, hochmodernen Berliner Spitäler versicherte, hinterher dadurch, dass der Jahresetat für das elegante Krankenhaus nicht selten auf das Allernothwendigste beschnitten wird, so dass er einen kläglichen Gegensatz zu der Opulenz der baulichen Anlage und Einrichtung bildet.

Ich für meinen Theil glaube nicht, dass ein streng durchgeführtes Pavillonsystem, welches obigen Fehler am leichtesten herbeiführen hilft, in der Zukunft der Typus und das Ideal einer harmonisch eingerichteten und betriebenen Krankenanstalt sein wird, sondern bin der Ansicht, dass das Ziel anzustreben sei, grössere Complexe durch eine entsprechende Durchführung der erprobten hygienischen Grundsätze zu gesundheitsdienlichen Krankenräumen zu gestalten und diese wegen des praktischen Betriebes untereinander zu verbinden.

Referate und Bücheranzeigen.

P. J. Möbius: Neurologische Beiträge. I.—IV. Heft. Leipzig, Ambrosius Abel (Arthur Meiner), 1895.

Der Name von Möbius, seine Gewissenhaftigkeit, sein scharf kritisches Denken, seine grosse Arbeitskraft sind bekannt, es wird desshalb jeder erfreut sein, dass uns seine Aufsätze jetzt gesammelt und ergänzt zugänglich werden. Sie werden für den Neurologen und Psychiater bald ein beliebtes Nachschlagewerk werden, und ihre Lectüre ist jedem zu empfehlen, der neurologisch denken lernen will.

Auf das ganze umfangreiche Material einzugehen, verbietet uns der Raum, aber eine kurze Inhaltsübersicht des reichen Inhalts zu geben, können wir uns nicht versagen.

Das 1. Heft bringt Aufsätze über den Begriff der Hysterie und anderer Vorwürfe besonders psychologischer Art, darunter verschiedene Abhandlungen über den Werth der Elektrotherapie. Möbius' Standpunkt in dieser Frage ist bekannt, die Lectüre seiner Schriften wird ihm sicher noch viele neue Anhänger zuführen.

Seine bekannte Definition der Hysterie, der wir nur zustimmen können, führt Möbius zu einer Schilderung vom Wesen der Hysterie, wie sie klarer und überzeugender wohl kaum sich finden möchte. „Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen verursacht sind.“ Sie können daher auch nur durch Vorstellungen aufgehoben werden. Man kann jede hysterische Erscheinung durch jedes Mittel heilen, durch Aqua destillata so gut als durch statische Elektricität.“

In einem später erschienenen Aufsatz erweitert Möbius seine Definition der Hysterie noch etwas, indem er den Begriff der Suggestion einführt. Alle hysterischen Erscheinungen sind Suggestionen der Form nach, ein Theil von ihnen ist aber dem Inhalte nach nicht suggerirt, sondern eine krankhafte Reaction auf Gemüthsbewegungen. Die erste Definition hat uns besser gefallen und ist sicher allgemein verständlich.

Sehr zum Studium und zur Nachachtung möchten wir auch Möbius' Bemerkungen über Simulation bei Unfall-Nervenkranken empfehlen. Man empfindet nicht nur wohlthuend die Schärfe seiner Deductionen, den Umfang, den er auch der psychischen Beobachtung dieser Kranken zuweist, sondern fühlt sich auch angezogen von dem warmen Mitgefühl mit den oft als Simulanten verfolgten Kranken, das aus den Zeilen spricht.

In seinem Artikel über Freiheit, Zurechnungsfähigkeit, Verantwortlichkeit, welcher nun folgt, tritt ebenfalls wieder die scharfe Präcisirung dessen, worauf es ankommt, hervor. Auch macht sich darin bereits ein von vielen Autoren abweichender psychologischer Standpunkt geltend, indem Möbius den Willen als psychologisches Element an sich in den Bereich seiner Erwägungen zieht.

Schärfer tritt dieses noch hervor in den folgenden Bücheranzeigen bei Besprechung von Ziehen's bekannter physiologischer Psychologie. „Der Fehler liegt darin, dass Ziehen (wie viele seiner Vorgänger) das Vorhandensein eines Willens leugnet und in diesem nur eine populäre Selbsttäuschung sieht. Auch für denjenigen, der das Wollen in seinem Bewusstsein nicht findet (das Licht bei Tage nicht sieht), ist nichtsdestoweniger der Wille nicht nur durch das Schliessen erreichbar, sondern unmittelbar der inneren Wahrnehmung gegeben. Denn Lust und Unlust sind nur als Bejahung und Verneinung des Willens verständlich.“

In der Psychologie kann die Basis, von der man ausgeht, eine sehr verschiedene sein; welches die richtige ist, wird wohl nie entschieden werden.

Möbius urtheilt eigenthümlich schroff über diejenigen, welche in einem anderen psychologischen Dialekt denken als wie er. In derselben Weise wie er über die Associationspsychologie ironisch-kritisirend schreibt, dass die Vorstellungen die Schauspieler sind, welche die Seelenstücke aufführen, kann man sich fragen, was ist damit gewonnen, wenn ein viel complexerer Begriff, der Wille eingeführt wird, der ebensogut erst erschlossen oder durch die sogenannte innere Wahrneh-

mung empfunden werden muss, wie der viel einfachere Begriff einer Vorstellung und die Association von mehreren derselben. Wesshalb Lust und Unlust nur als Bejahung und Verneinung des Willens verständlich sein sollen, können wir uns nicht erklären; dass, je nachdem dem sogenannten Willen willfahrt oder entgegengetreten wird, Lust oder Unlust auftritt, soll nicht bestritten werden, wohl aber, dass dieses die einzige Möglichkeit ist, Lust oder Unlust zu erregen. Hiefür gibt es mancherlei Ursachen, zum Theil solche, die selbst der sogenannten inneren Wahrnehmung nicht zugänglich sind.

In der Kritik über Ziehen's Leitfaden sowohl, als in der Besprechung der klinischen Vorlesungen über Psychiatrie von Theod. Meynert, der Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken vom Referenten und der gesammelten Aufsätze von C. Wernicke tritt ebenfalls wieder neben einer sehr wohlberechtigten Kritik der einzelnen Anschauungen und Ausdrucksweise die sehr schroffe Art, in der sich Möbius gegen die Bedeutung Bewegungsvorstellungen wendet, hervor. Dass die Bewegungsvorstellungen im Allgemeinen etwas Erschlossenes sind, wollen wir Möbius gern zugeben, aber sie sind auch ebenso wie der Wille der inneren Wahrnehmung zugänglich. Dass die Bewegungen, welche uns geläufig sind, nur bei besonderer Beachtung, ich möchte fast sagen Einübung, die davon zurückbleibende oder ihr zu Grunde liegende Bewegungsvorstellung erkennen lassen, das soll nicht bestritten werden. Markant und in ihrer Bedeutung nicht zu verkennen tritt aber die Bewegungsvorstellung stets hervor, wenn es gilt neue Bewegungen zu erlernen, wenn wir z. B. sprechen lernen oder die Aussprache einer fremden Sprache erfassen wollen. Erst dann ist die Aussprache richtig, wenn sich mit der Absicht ein Wort auszusprechen, auch sofort die Vorstellung verbindet, wie der Sprachapparat eingestellt werden muss. Im Anfang ist diese Vorstellung deutlich bewusst, später verwischt sie mehr und mehr, je nach der Individualität. Nehmen irgend welche Bewegungen unser Interesse besonders in Anspruch, so treten die Bewegungsvorstellungen wieder mehr hervor. Man denke nur an die Studenten, wenn sie vom Fechtboden kommen oder über eine Mensur sprechen.

Möbius führt speciell die Gesichtswahrnehmung und die mit ihr verknüpften Bewegungsvorstellungen der Augenmuskeln an zum Beweis dafür, dass wir keine unmittelbare Kenntniss von den Bewegungsvorstellungen haben. Wenn man bedenkt, dass das Sehenlernen bei den meisten Menschen abgeschlossen ist, bevor die Vorstellung vom eigenen Ich erworben ist, dass das Auge unermüdlich den ganzen Tag über thätig ist und dabei stets der Bewegung seiner Augenmuskeln bedarf, so werden wir uns nicht wundern dürfen, dass uns die Vorstellung von diesen Bewegungen nicht mehr bewusst wird. Etwas anderes ist es aber, wenn neue aussergewöhnliche Anforderungen an unser Auge herantreten. Wenn ich so nahe vor einem grossen Gegenstande, z. B. vor einer Kirche stehe, dass ich bei ruhig eingestelltem Auge denselben nicht ganz übersehen kann, so tritt die Vorstellung auf, wenn du das obere Ende sehen willst, so musst du entweder zurückgehen oder die Augen nach oben bewegen. Dass hier die Bewegung der Augen bewusst intendirt und während ihrer Ausführung auch von dem betreffenden Individuum bemerkt und gefühlt wird, wird Niemand bestreiten. Wenn wir uns entschlossen haben, diese kritischen Bemerkungen zur Kritik von Möbius hinzuzufügen, so geschah es nicht, um Möbius' psychologischen Standpunkt anzugreifen, sondern nur um zu zeigen, dass die von anderen Autoren angenommenen psychologischen Grundprincipien nicht verdienen in so schroffer Weise desavouirt zu werden, wie es von Möbius geschieht. Es würde zu weit führen, wenn wir auch noch auf seine Opposition gegen Meynert und Wernicke eingehen wollten, die sicher in vielen Punkten begründet, in manchen Punkten aber auch ebenso unbegründet ist. Ich will nur das eine erwähnen, dass heute nach den Befunden von Flechsig und Hösel eine Beziehung der sensiblen Bahnen der Schleife zu den sogenannten motorischen Centralwindungen gar nicht mehr so unwahrscheinlich ist. Wie Referent selbst über Wernicke's Anschauungen denkt, ist erst vor kurzem in dieser Wochenschrift zum Ausdruck gekommen. Wenn wir also etwas mehr Wohlwollen und etwas mehr Achtung vor abweichenden Anschauungen in Möbius' Kritiken wünschen möchten, so wollen wir nicht versäumen hervorzuheben, dass seine Kritik auch viele und grosse Verdienste hat, indem sie mit unerbittlicher Schärfe alle Schwächen der theoretischen Entwickelung und alle verkehrten Ausdrucksweisen, wie sie sich bei einer Verquickung von anatomischen und psychologischen Begriffen so leicht finden, aufdeckt.

Im 2. Heft hat Möbius seine Artikel über Akinesia algera, Bemerkungen über die Neurasthenie und Nervosität überhaupt und einen Aufsatz über Seelenstörungen bei Chorea zusammengestellt. Die Krankengeschichten, die er unter dem Namen Akinesia algera beschreibt, sind ausserordentlich interessant, wir verweisen besonders auf die Krankengeschichte Fechner's. Dem Psychiater sind derartige oder vielmehr ähnliche Krankheitsbilder nicht unbekannt, sie grenzen an das Gebiet der Paranoiagruppe, es ist aber das unbestrittene Verdienst von Möbius, die Hauptsymptome scharf und prägnant markirt zu haben. Nach den Publicationen von Möbius und anderer, die sich ihm anschlossen, ist es ein Krankheitsbild, das jeder Neurologe und Psychiater kennen muss.

Die Artikel über Neurasthenie und Nervosität, welche auch ein vollständiges Literaturverzeichniss über die Neurasthenie enthalten, wird jeder mit Nutzen lesen. Das 3. Heft behandelt die Tabes, das 4. enthält Publicationen über verschiedene Formen der Neuritis und über Augenmuskelstörungen.

Möbius sagt in seiner kurzen Einleitung zu den neurologischen Beiträgen, jeder Tadel sei ihm willkommen, nur gelesen wolle er werden. Wir glauben, an letzterem wird es nicht fehlen, er wird nicht nur gelesen werden, er wird auch mit grossem Nutzen von Einzelnen gelesen werden. Es ist daher jede weitere Empfehlung überflüssig.

A. Cramer - Göttingen.

A. Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Für Studirende und Aerzte. Achte neu bearbeitete Auflage. Zweiter und dritter Band. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1894.

Nachdem wir in dieser Wochenschrift (vgl. Jahrg. 1894, Nr. 38) das Erscheinen des ersten Bandes der achten Auflage dieses weltbekannten Lehrbuchs angezeigt haben, wollen wir nicht unterlassen darauf hinzuweisen, dass die neue Auflage zu raschem Abschlusse gelangt ist. Der zweite Band enthält nach der neuen Eintheilung, welche eine gleichmässigere räumliche Vertheilung des Stoffes in drei (statt in zwei) Bände bezweckt, die Erkrankungen der Verdauungs- und Harnwerkzeuge, des Bewegungsapparates, die Constitutionskrankheiten und die Vergiftungen. Der dritte Band behandelt die Krankheiten des Nervensystems. Wo die Fortschritte unserer Wissenschaft es verlangten, da finden sich in der Neubearbeitung dementsprechende Zusätze oder Abänderungen. So ist im dritten Bande ein Capitel über Akroparästhesien sowie über Erythromelalgie eingefügt, die Behandlung des Myxödems, ebenso wie die Pathologie der Alkohol-Neuritis und die Degeneration der Pyramidenbahnen u. A. zeitgemäss umgearbeitet worden. So hat sich das Strümpell'sche Lehrwerk das Glück, sich häufig verjüngen zu können, von Jahr zu Jahr im Sinne der Vervollständigung zu Nutze gemacht, ohne von den bei früheren Besprechungen gerühmten Eigenschaften das Geringste einzubüssen.

Stintzing-Jena.

Prof. **H. Steinbrügge**-Giessen und Dr. **O. Nieser**-Mannheim: **Bilder aus dem menschlichen Vorhofe.** Atlas, enthaltend 25 Photographien nach mikroskopischen Serien-Schnitten. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1895.

In dem vorliegenden Atlas gibt uns Steinbrügge eine Reihe von Serien-Schnitten durch den normalen menschlichen Vorhof, welche von Dr. Nieser photographisch aufgenommen sind. Die Schnitte sind, wie dies von den meisten Autoren geschieht, in senkrechter Richtung durch die Längsachse der

Pyramide geführt und werden in 11facher Vergrösserung wiedergegeben, welche eine leichte Orientirung über die Gesammtverhältnisse auf den einzelnen Schnitten erlaubt.

Der erste Schnitt (Fig. 1) beginnt in der Anfangswindung der Schnecke kurz vor dem vorderen Rande der Membran des runden Fensters. Der letzte Schnitt (Fig. 25) führt durch die Ampulle des horizontalen und diejenige des oberen halbzirkelförmigen Canals, den hinteren Theil des ovalen Fensters und das hintere Ende des Vorhofsblindsackes der Schnecke.

Die von vor- nach rückwärts successive sich folgenden Durchschnitte geben uns ein anschauliches Bild von den Form- und Lageverhältnissen des Sacculus und Utriculus und der von ihnen abgehenden Canäle, dem Can. reuniens, endolymphaticus und utriculo-saccularis, ebenso vom Eintritt des Aquaeductus cochleae in die Scala tympani und einer gesondert von ihm verlaufenden Vene. Die beiden Labyrinth-Fenster fallen mit Ausnahme des hinteren Endes vom ovalen in den Schnittbereich. Der Verlauf der für die Maculae und Cristae bestimmten Nervenzweige ist bis zu ihrer Endausbreitung daselbst zu verfolgen. Insbesondere dankenswerth ist es, dass uns Steinbrügge Klarheit über die complicirten Verhältnisse gibt, mit welchen uns der Ductus spiralis im Vorhofsblindsack auf Serien-Schnitten entgegentritt, und uns die hier zu Stande kommenden Bilder mit dem sichelförmigen Auslaufen desselben vollkommen verständlich macht. Deutlich tritt auf den verschiedenen Durchschnitten die in den 3 Richtungen des Raumes aufeinander senkrechte Stellung der Cristae in den 3 Ampullen hervor. Ebenso lässt sich die von Rüdinger hervorgehobene im Ganzen rechtwinklige Stellung der Macula im Sacculus und derjenigen im Utriculus zu einander bei der Vergleichung der verschiedenen Bilder erkennen, ein Verhältniss, welches für die Annahme, dass die Otolithen-Apparate uns über unsere Stellung im Raume orientiren, die anatomische Unterlage bildet.

Der Atlas darf als eine willkommene Ergänzung der zusammenfassenden Arbeit bezeichnet werden, welche Steinbrügge über die Histologie des Labyrinths in das Handbuch der Ohrenheilkunde von Schwartze geliefert hat. Die in dem Atlas gegebenen Orientirungsbilder von einem auf diesem Felde wie Wenige vertrauten Autor werden für künftige histologische Untersuchungen, zu welchen gerade gegenwärtig die klinischen Untersuchungsergebnisse der Taubstummen-Hörprüfungen erneute Anregung geben, eine werthvolle Grundlage bilden.

Bezold-München.

A. Dieudonné: Schutzimpfung und Serumtherapie. Leipzig, Joh. Ambr. Barth, 1895. Preis 2 M. 50 Pf.

Das vorliegende Büchlein erfüllt seinen Zweck, eine Uebersicht über die Immunitätslehre mit besonderer Berücksichtigung der Blutserumtherapie zu geben, in vollem Maasse. In einer äusserst klaren und dabei sehr knappen Weise werden die wichtigsten theoretischen Begriffe, die angeborene und erworbene Immunität zunächst präcisirt und die verschiedenen Immunisirungsmethoden (Schutzimpfung mit lebenden Bakterien oder Stoffwechselproducten, Behandlung mit Bakterienproteïnen, Immunisirung mit nicht bakteriellen Stoffen) besprochen. Die allgemeinen Grundlagen der Blutserumtherapie finden gleichfalls eine ausführliche Erörterung. Den grössten Theil des Werkes nimmt aber naturgemäss die Anwendung der Serumtherapie bei den verschiedenen menschlichen und thierischen Krankheiten ein. Der Verfasser hat es verstanden die verschiedenen theoretischen Ansichten in durchaus vorurtheilsloser Weise zu erörtern und in der „Blutserumtherapie“ eine, selbst nach der statistischen Seite hin sehr befriedigende Uebersicht über den Stand der Frage zu geben. Fehlt doch selbst das Staphylococcenserum von Viquerat und das Tuberculoseserum von Maragliano nicht! Die Serumtherapie z. B. der Diphtherie und Cholera ist hier entschieden klarer behandelt, auch nach der theoretischen Seite hin, als es in manchen Arbeiten der Gelehrten, welche sich experimentell mit der Frage beschäftigt haben, der Fall ist. Ein Literaturverzeichniss, das D. am Schluss angefügt hat, wird vielen willkommen sein. Das Büchlein kann allen, die sich auf diesem, häufig etwas verwickelten Gebiete unterrichten wollen, mögen es Theoretiker oder Praktiker sein, nur dringend empfohlen werden.

M. Hahn-München.

v. Kahlden: Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate. Für Studirende und Aerzte. Jena, Gustav Fischer, 1895.

Die neue Auflage des vorliegenden Buches, dessen Grundplan derselbe geblieben ist, ist im Einzelnen mehrfach bereichert worden, namentlich wurde auch ein Capitel über die Färbung von Bakterien und das Culturverfahren derselben hinzugefügt, was gewiss für viele erwünscht ist. Auch die Angaben über die histologische Technik sind durch vielfache neue Methoden vervollständigt worden, so dass das Buch in seiner jetzigen Gestalt sehr verschiedenartigen Ansprüchen zu genügen im Stande ist. Was die Behandlung und Anordnung des Stoffes betrifft, so kann hier auf das schon früher in dieser Wochenschrift gegebene Referat verwiesen werden. Auch die äussere Ausstattung des Werkes hat neuerdings wieder gewonnen.

Schmaus-München.

Dr. **J. L. A. Koch**, Director der K. W. Staatsirrenanstalt Zwiefalten: **Das Nervenleben des Menschen in guten und bösen Tagen.** Ravensburg, Verlag von Otto Mayer, 1895.

Eine kleine, klar und schön geschriebene Darstellung des rühmlichst bekannten Verfassers der „Psychopathischen Minderwerthigkeiten“, die sich an Laien wendet, und deren Verbreitung vom ärztlichen Standpunkte aus um so mehr zu wünschen ist, als sie über frühzeitige Erkennung von Nerven- und insbesondere von Geisteskrankheiten aufklärt und ausserdem mit den Vorurtheilen, die in Laienkreisen gerade über diesen Gegenstand nur allzusehr noch herrschen, gründlich ins Gericht geht.

Seif.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1895, No. 50.

F. Reiche: **Nierenveränderungen bei Diphtherie.** (Vorläufige Mittheilung.)

Die Untersuchungen des Verfassers beziehen sich auf 85 Fälle, die er vor Einführung der Behring'schen Therapie untersucht hat. Der pathologisch-anatomische Befund war jedesmal ein positiver. In erster Linie stehen in den Nieren Läsionen degenerativer Natur neben anderen, die einen productiv entzündlichen Charakter tragen, in zweiter Reihe kommen gewisse Folgen extrem gesteigerten Blutdruckes, Blutaustritte in wechselnder Form und Grösse zur Beobachtung. Als ursächliches Moment dieser Schädigungen wurden in erster Instanz die von dem primären diphtheritischen Herd resorbirten Toxine angesehen. Sie entfalten in den Nieren, jenem empfindlichen Ausscheidungsorgan, ihre verheerendsten Wirkungen. In sehr viel schwächeren Maassstabe wird die Leber ergriffen; schwerere Parenchymnekrosen wurden unter den 85 Fällen nur 8mal gefunden, am häufigsten noch circumscripte Rundzelleninfiltrationen im interstitiellen Gewebe, seltener Hämorrhagien (11 Fälle) und weitmaschige Capillarektasien. Im Pankreas gehören Veränderungen zu den Ausnahmen: man constatirte ab und zu Epithelnekrosen und 1mal eine entzündliche Rundzellenproliferation; am meisten noch (8 Fälle) kamen Blutextravasate zur Beobachtung. Ihr verhältnissmässig häufiger Befund in allen 3 Organen entspricht dem häufigen letalen Abschluss der Diphtherie unter allen Zeichen der Erstickung. Im Uebrigen aber liessen feste Beziehungen zwischen Charakter und Ausbreitung der rein diphtheritischen Processe und den secundären Alterationen in den Unterleibsorganen sich nicht construiren. W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 49.

1) Runge-Göttingen: **Stumpfbehandlung nach supravaginaler Amputation des Uterus.**

R. hält die in neuerer Zeit vielfach geforderte Ueberdeckung des Stumpfes mit Peritoneum für unnöthig. Vollkommene Asepsis und gute Blutstillung durch die Naht bilden die Hauptbedingungen für die Heilung. R. operirt bei Versorgung des Stumpfes nach supravaginaler Amputation im Wesentlichen nach Schroeder und ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden. Von 27 Operirten (darunter 1 Porrooperation bei Myomen) starb 1 Frau und zwar an Pneumonie, 26 heilten völlig glatt.

2) Siegfried Stocker-Luzern: **Zur extraperitonealen Stielversorgung bei Myomotomien, insbesondere ein Versuch von vaginaler extraperitonealer Behandlung.**

40jährige Frau mit grossem subserösem Fibrokystom des Uterus, multiplen kleinen interstitiellen Myomen und einem im Uteruscavum

sitzenden nekrotisirenden Myom. Laparotomie, Ausschälung der Knoten, Umstechung der Uterinae und Verschluss des Stumpfes durch eine Tabaksbeutelnaht. Nun wird der hintere Douglas von der Vagina aus quer eröffnet, der Stumpf von hier aus gefasst und in die Vagina gezogen. Verschluss der Wunde im Douglas und am Abdomen; Jodoformtamponade der Vagina. Geringe Temperatursteigerung und übelriechender Ausfluss waren die einzigen Störungen des Wundverlaufs. Heilung nach 3 Wochen.

Durch die geschilderte Operation hofft Verfasser das Peritoneum vor der Infection durch Zunähung des Stumpfes am besten schützen zu können. Jaffé-Hamburg.

Virchow's Archiv. Band 142, Heft 1.

Leusden-Marburg: **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Puerperaleklampsie.**

L. unterzieht nach dem Vorgange Schmorl's die Organe zweier an puerperaler Eklampsie Verstorbener einer genauen mikroskopischen Untersuchung und kommt dabei u. a. zu folgenden Schlüssen:

Irgend welche Anhaltspunkte für die Annahme eines infectiösen (bakteriellen) Ursprungs der Eklampsie haben sich nicht ergeben.

Als Veranlassung des eklamptischen Zustandes ist vielmehr mit grosser Wahrscheinlichkeit eine im Blut circulirende toxische Substanz anzunehmen.

Diejenige Organerkrankung, welche bei der Eklampsie in erster Linie in Betracht kommt, ist die Nierenaffection.

Die in den Lungen gefundenen Placentarriesenzellen sind weder als Ursache noch als Folgezustand der Eklampsie aufzufassen, sondern es ist die Embolie dieser Zellen nur ein accidentelles Ereigniss.

Leberzellenembolien wurden auch bei genauester Untersuchung nicht gefunden.

Die in beiden Fällen zwar vorhandenen, aber besonders im zweiten Fall nur äusserst geringfügigen Nekrosen des Leberparenchyms können als Ursache des eklamptischen Zustandes nicht in Betracht kommen.

Die hyalinen (fibrinösen) Capillarthrombosen in Lungen und Leber sind secundäre (urämische?) Veränderungen und der Eklampsie nicht eigenthümlich.

Mutach-Bern: **Beitrag zur Genese der congenitalen Cystennieren.**

2 Fälle von congenitalen Cystennieren; bei dem ersten erweisen sich die Cysten als erweiterte Glomeruluskapseln und liegt die Ursache der Erweiterung wahrscheinlich in der durch Atresie der Urethra bedingten Harnstauung; beim zweiten handelt es sich ebenfalls um Retentionscysten (Verschluss der Uretheren) und betrifft die Erweiterung die gewundenen Harncanälchen.

Die vorhandene Bindegewebsvermehrung sowie die Theilung des Ureters in feine Canäle bei gleichzeitigem Fehlen des Nierenbeckens erklärt M. als ein Stehenbleiben auf fötaler Stufe.

Betschart-Muotathal: **Ueber die Diagnose maligner Lungentumoren aus dem Sputum.**

Ein Fall von primärem Lungencarcinom, bei dem die Diagnose intra vitam aus dem Sputumbefund gestellt worden war (theils freiliegende, meist aber in Verbänden aneinander gelagerte, grosse, rundliche, oder rundlich eckige Zellen mit einem oder mehreren grossen Kernen). Im Zusammenhalt mit anderwärts beschriebenen Fällen von Lungencarcinom bezw. Sarkom lehrt derselbe, dass der Auswurf bei Sarkom und Carcinom schon makroskopische Verschiedenheiten zeigt; im ersteren Falle grössere, leicht sichtbare, mehrere cm lange Geschwulststücke, im zweiten nur ganz kleine millimetergrosse Klümpchen; Ursache: das Carcinom neigt mehr zu feineren Abbröckelungen als das cohärentere Sarkom.

Jäckh-Göttingen: **Ueber den Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen und des Sperma tuberculöser Individuen.**

J. entnahm den Leichen tuberculöser Individuen steril die Samenblasen und Hoden bezw. die Eierstöcke, spritzte von dem Inhalte der ersteren, den er eventuell mit Kochsalzlösung verdünnte, Meerschweinchen und Kaninchen in die Bauchhöhle und nähte andererseits Stücke von Hoden oder Ovarien Thieren in die Bauchhöhle ein. Die Meerschweinchen wurden nach 2, die Kaninchen in der Regel nach 3—4 Monaten getödtet.

Die Experimente sind, wie Verfasser selbst sagt, zu wenig zahlreich, um aus ihren Resultaten allgemeine Schlüsse zuzulassen. In 5 Fällen, in denen er mit Samenblaseninhalt und Hodensubstanz von menschlichen Leichen operirte, bekam er in 3 Fällen mit dem Samenblaseninhalt, in einem Fall gleichzeitig auch mit der Hodensubstanz einen positiven Ausfall, insofern wenigstens die Meerschweinchen tuberculös wurden, während die zugehörigen Kaninchen stets gesund blieben; auch in 3 Fällen von Impfung mit Eierstocksubstanz konnte ein positives Resultat verzeichnet werden.

Im Sperma kommen jedenfalls virulente Tuberkelbacillen vor.

Da J. in 2 Fällen, in denen der Inhalt der Samenblasen Tuberculose der Meerschweinchen hervorrief, mit der Hodensubstanz eine solche nicht erzielen konnte, ist er mit Mafucci der Ansicht, dass nicht der Hoden, sondern die Schleimhaut der Samenbläschen die Bacillen abgebe.

Experimente mit den Früchten tuberculöser Mutterthiere fielen für die Lehre von der Erblichkeit der Tuberculose ungünstig aus, da nur einmal ein positives Resultat und dies nur durch Verimpfung der Eihäute erzielt wurde, während der darin befindliche Embryo sich als nicht infectiös erwies.

Manasse-Strassburg: **Zur Histologie und Histogenese der primären Nierengeschwülste.**

Wird referirt, wenn vollständig erschienen.

Hecker-München.

L. Lewin- und W. Rosenstein-Berlin: **Untersuchungen über die Häminprobe.**

Es war schon früher bekannt, dass zu starkes Erhitzen des Blutes, weit vorgeschrittene Fäulniss, ferner der Einfluss verschiedener chemischer Agentien, so z. B. der Zusatz frisch gefällten Eisenoxyds oder frisch gefällter Thonerde zum Blut, die Häminprobe nicht gelingen lassen. Die Verfasser prüfen nun, unter welchen weiteren Umständen die Häminkrystalle nicht auftreten. Sie untersuchen den Einfluss von Stoffen, welche den Blutfarbstoff oder das Bluteiweiss verändern, dann von solchen, welche physicalisch und mechanisch wirken. Es kann hier nicht auf Einzelheiten eingegangen werden, es sei nur als besonders wichtig erwähnt, dass namentlich längeres Einleiten von Schwefelwasserstoff in das Blut, ferner Zusatz verdünnter Salzsäure, verdünnter Salpetersäure und von chlorsaurem Kali das Eintreten der Reaction verhindern, während Kohlenoxyd, die Aetzalkalien und verschiedene organische Säuren der Probe keinen Eintrag thun. Häminkrystalle lassen sich nicht mehr darstellen, wenn der Blutfarbstoff in Hämochromogen oder Hämatoporphyrin verwandelt ist; aber auch schon Stoffe, welche primär Hämatin, bei längerer Einwirkung jedoch weitere unbekannte Derivate des Blutfarbstoffes erzeugen, verhindern ebenfalls die Bildung von Häminkrystallen. Von den Stoffen, welche das Bluteiweiss verändern, lassen namentlich Eisen und Quecksilber die Probe misslingen. Verreibt man Blut mit Thierkohle oder mit feinem Seesand, so erhält man keine mit Sicherheit erkennbaren Häminkrystalle; ebenso wenig, wenn man Blut auf Thonplatten eintrocknen lässt. Mischung des Blutes mit Oel schadet der Probe nicht.

Zum Schluss fordern die Verfasser mit Recht, dass, da die Häminprobe unter so manchen Bedingungen fehlschlägt, in zweifelhaften forensischen Fällen immer die Spectraluntersuchung von geübten Händen auszuführen sei. F. Voit-München.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 49.

1) L. Friedrich: **Beobachtungen über die Wirkung von subcutan einverleibten Streptococcen- und Saprophyten-Toxinen auf den menschlichen Organismus, insbesondere auf die Körper-Temperatur, nebst Bemerkungen über Intoxications-Herpes.** (Chirurgische Klinik Leipzig.) (Schluss folgt.)

2) Lazarus: **Die Elsner'sche Diagnose des Typhusbacillus und ihre Anwendung in der Klinik.** (Aus Moabit-Berlin.)

Elsner hat bekanntlich nachgewiesen, dass man die Typhusbacillen durch Züchtung auf Jodkali-Kartoffelgelatine leicht als solche erkennen kann: nach 48 Stunden erscheinen sie als kleine hellglänzende, wassertropfenähnliche, äusserst fein granulirte Colonien.

L. hat diese Beobachtungen durch eigene Untersuchungen bestätigen können. Er hat auch noch Typhusbacillen nachgewiesen bei einem bereits 41 Tage fieberfreien Typhusreconvalescenten.

3) Reinecke: **Leukocytenzählungen im Harn und ihr Werth für die Diagnostik.** (Medicinische Klinik zu Jena.)

Wenn die Leukocytenzählungen auch in manchen Fällen zur Sicherung der Diagnose und Beurtheilung der Therapie beitragen, so scheint ihnen doch ein grösserer praktischer Werth nicht zuzukommen.

4) Goldberg-Köln: **Zur Kenntniss der Pyurie und Hämaturie.**

G. hat seine schon früher angestellten Eiterzellenzählungen im Urin weiter fortgesetzt und sie zur Unterscheidung von Eitergehalt und Eiweissgehalt werthvoll gefunden. Auch hat er bei Hämaturie Blutkörperchenzählungen vorgenommen und schreibt denselben eine gewisse Bedeutung zur Unterscheidung zwischen Nieren- und Blasenblutungen zu.

5) Mendelsohn-Berlin: **Ueber Enurese und ihre Behandlung.**

Verf. sieht von allen künstlichen Erklärungsversuchen der Enuresis nocturna ab und sieht das Wesen derselben darin, dass der Blasenschliessapparat der Kinder während der 12stündigen Nachtruhe nicht ausreicht, wo doch bei Tage die Urinentleerung in viel kürzeren Zwischenräumen stattfindet.

Bei der Behandlung ist in erster Linie dafür zu sorgen, dass die Kinder abends keine Flüssigkeit bekommen. Weiter stelle man das Fussende des Bettes höher als das Kopfende. Auf diese Weise kommt es nicht so bald zu einer Detrusorenreizung. Von Medicamenten ist das Rhus aromaticum in Form der Tinctura Rhois aromatici mehrmals täglich 10—15 Tropfen zu empfehlen. Auch die Belladonna und das Chloralhydrat haben günstige Erfolge aufzuweisen.

Alle Compressorien der Harnröhre und ähnliche Apparate sind zu verwerfen. Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. No. 50.

Prof. L. Brieger: **Ueber die klinische Bedeutung des Elsner'schen Typhusnachweises.** (Aus dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin. Director: Prof. R. Koch.)

Das Elsner'sche Verfahren, welches in der Verwendung eines

mit Jodkali combinirten Nährbodens behufs isolirter Entwicklung des Typhusbacillus (neben dem nicht ausschaltbaren Bacterium coli) besteht, gestattet sicher, innerhalb 48 Stunden, unumstösslich die Diagnose auf Typhus abdominalis zu stellen. Ebenso ist für die frühzeitige Diagnose eines drohenden Recidivs der Nachweis von Typhusbacillen auf den Elsner'schen Plattenculturen trotz Nachlass des Fiebers von grosser Wichtigkeit.

Th. Rosenheim: **Beiträge zur Oesophagoskopie.** (Aus der III. medicinischen Klinik und Universitäts-Poliklinik in Berlin. Director: Prof. Senator.)

Beschreibung einer Reihe ösophagoskopischer Bilder beim Speiseröhrenkrebs. Die unter gewissen Cautelen vorgenommene Oesophagoskopie ermöglicht in den meisten Fällen eine prompte Diagnose. Am schwierigsten ist dieselbe im Anfangsstadium, und beim Sitz des Carcinoms an der Cardia.

H. Neumann-Berlin: **Ernährungsweise und Infectionskrankheiten im Säuglingsalter.**

(Vortrag gehalten in der Section für Kinderheilkunde der 67. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck.) Referat s. diese Wochenschrift, No. 42, pag. 991.

A. Thiele-Kappel-Chemnitz: **Varicöse Blutungen am Urogenitalapparat als Geburtscomplicationen.**

Die beiden berichteten Fälle, deren einer varicöse Blutung aus der Urethra mit anämischen Delirien, der andere aus einem angiomartig entarteten Labium majus betrifft, sind geeignet, die Forderung Th.'s zu unterstützen, starke varicöse Blutungen am Urogenitalapparat als weitere Indication zur Einleitung der Frühgeburt aufzustellen, da thatsächlich solche enorme Blutungen oft nur durch die Entleerung des Uterus zum Stehen kommen.

W. Waldeyer: **Die neueren Ansichten über den Bau und das Wesen der Zelle.**

Schluss aus No. 48.

H. Jaeger-Stuttgart: **Icterus infectiosus und Icterus infectiosus levis.**

Fortsetzung und Schluss der Debatte aus No. 44.

Trostorff-Bochum: **Bericht über die Anwendung von Jodoformin.**

Günstige Erfahrungen bei der Anwendung bei Ulcus molle und chronischer Gonorrhoe. F. L.

Dermatologie und Syphilis.

Die Ansichten der Fachmänner über die Prognose der chronischen Gonorrhoe sind insoferne wenig übereinstimmend, als die Einen glauben, bei sorgfältiger Behandlung und nach eingehender Untersuchung des Secretes in einem überwiegenden Contingent der chronischen Gonorrhöen einen definitiven Heilerfolg erreichen zu können, während von anderer Seite wohl auch die Möglichkeit der Ausheilung chronischer Tripper zugegeben wird, die absolute Beweiskraft aber der uns zu Gebote stehenden Kriterien, auf welche wir unser Urtheil in einschlägigen Fällen stützen müssen, als mindestens fraglich bezeichnet wird. In dieser Richtung dürften die neueren Mittheilungen von Finger (Wiener med. Wochenschr.) über das so häufige Vorkommen einer Prostatitis blennorrhagica chronica, welche mit den von Neisser, Putzler, Petersen u. A. gewonnenen Erfahrungen über tiefsitzende endofolliculäre und endoglanduläre Localisationen des gonorrhoischen Virus übereinstimmen, sehr beachtenswerth erscheinen. Gelingt es doch selbst in solchen Fällen chronischer Gonorrhoe, welche nach Maassgabe der üblichen Untersuchungsmethoden bereits geheilt scheinen, durch Ausdrücken der an sich durchaus nicht palpabel veränderten Prostata ein Secret zu Tage zu fördern, welches ausser charakteristischen Drüsenepithelien, Eiterzellen und theils frei, theils in letzteren noch typische Gonococcen aufweist. In der gleichen Arbeit berichtet Finger über das Vorkommen eines acuten gonorrhoischen Katarrhs der Glandulae prostaticae, über Entstehung isolirter und multipler folliculärer Eiterherde mit Retention und späterem Durchbruch nach der Harnröhre (Pseudoabscesse Jadassohn's) und endlich über manche Formen wirklich gonococcenfreier Prostatitis glandularis, welche durch oft geringere äussere Schädlichkeiten immer wieder recidivirende subacute Urethritis posterior hervorrufen. Die Wichtigkeit der noch Gonococcen führenden Secretion der Prostatitis glandularis vom Gesichtspunkte der Infectionsmöglichkeit bedarf keiner weiteren Erwähnung. Hinsichtlich der Therapie steht Finger auf dem Standpunkte, dass in den acuteren Fällen der Prostatitis glandularis eine Localbehandlung besser unterbleibt. Hier genügt zunächst die Anwendung der Balsamica und entsprechendes hygienisch-diätetisches Verhalten. Für die Behandlung der chronischen Form glandulärer Erkrankung wird Irrigation mit adstringirenden und antibakteriellen Mitteln (Bor, Kal. permangan., Arg. nitr., Zinc. sulfo-carbol.) in frischeren Fällen oder Instillation von Cuprum sulf., Arg. nitr., Jodjodkalilösung in älteren Fällen empfohlen. Speciell gerühmt werden Lösungen der genannten Mittel in reinem Glycerin. Vor der Anwendung dieser Methoden scheint ein Ausdrücken und Massage der Prostata mit folgender Urinentleerung sehr günstig die Wirkung zu unterstützen. Endlich wird Ergotin zur Herabsetzung der Prostatasecretion, die resorptionsbefördernde Wirkung der Wärme mit Hilfe des Arzberger'schen Apparates, die Application von Jodjodkalisuppositorien zur Unterstützung der Behandlung herangezogen und F. will damit, wenn auch oft nach langer Geduldprobe hervorragende therapeutische Erfolge erzielt haben. Referent zweifelt daran nicht im mindesten und hatte selbst häufig Gelegenheit, sich von der Wichtigkeit einer lange und energisch durchgeführten Behandlung, insbesondere mit Berücksichtigung der für diese Fälle so wichtigen Prostatamassage zu überzeugen. Doch wird man auch zugeben müssen, dass es Fälle gibt, die trotz aller Geduld seitens des Arztes wie des Patienten nicht zur Heilung gelangen und in der täglichen Praxis begegnet es nur allzu häufig, dass den Patienten bei einem Leiden, das ihnen im Grunde doch nur relativ geringe oder gar keine Beschwerden verursacht, die nöthige Geduld zur Durchführung einer so langwierigen und keineswegs bequemen Behandlungsmethode gebricht. Sehr dankenswerth aber ist die Bereicherung unserer Kriterien zur Beurtheilung der Ausheilung einer chronischen Gonorrhoe durch die Methode der Expression der Prostata vom Rectum aus, welche heute in keinem Falle unterlassen werden sollte, wenn es sich darum handelt, ein Urtheil über die Heilung einer vorausgegangenen Trippererkrankung mit Betheiligung der Urethra posterior abzugeben. Dies Urtheil gewinnt damit jedenfalls an Sicherheit. Eine absolute Beweiskraft bei negativem Gonococcenbefund kommt aber auch dieser Untersuchungsmethode meines Erachtens nicht zu. — Nicht ohne Interesse, und auch für die Beurtheilung des therapeutischen Werthes unserer heute üblichen Methoden der Tripperbehandlung wichtig, sind die Anschauungen Finger's über die pharmaco-dynamische Wirkung der antibakteriellen Therapie. Nachdem das Virus der Gonorrhoe schon sehr bald (wenige Tage nach der Infection und gelegentlich schon zu einer Zeit, in welcher die Gonorrhoe überhaupt noch keine klinischen Symptome macht) in die Tiefe des Gewebes eingedrungen ist, wo es keiner directen Behandlung zugänglich ist, um so weniger, als die üblichen Mittel (wie Arg. nitr., Sublimat u. s. w.) auf der Schleimhautoberfläche bereits Albuminatverbindungen eingehen, sieht er die Wirkung hauptsächlich in der Erzeugung von Eiterung, resp. in einer leuko- und sero-taktischen Wirkung, in der Heranlockung eines Stromes von Leukocyten, durch welche das Virus aufgenommen und nach der Schleimhautoberfläche verschleppt wird. Die antibakterielle Wirkung aber äussert sich nur auf die bereits auf der Schleimhautoberfläche vorhandenen Elemente.

Einem Vortrage E. Finger's über das heute vielbesprochene Capitel der Syphilistherapie, ein Thema, das Referent in diesen Blättern schon häufig berührt hat, entnehmen wir zunächst, dass Finger von der Heilbarkeit der Syphilis überzeugt, Jod und Quecksilberpräparate als wirklich specifisch wirkende Mittel anerkennt und mit Neisser und Fournier einer chronisch intermittirenden Hg-Behandlung in den ersten der Infection folgenden Jahren, gegenüber der von Anderen beliebten rein symptomatischen Hg-Behandlung, den Vorzug gibt. Die Gründe, welche ihn dazu bewegen, decken sich im Wesentlichen mit den Ausführungen Neisser's auf dem letzten Congresse in Graz, über den Referent zu berichten in der Lage war; die symptomatische Behandlung bleibt in der Defensive, während die chronisch-intermittirende Behandlung die Krankheit selbst angreift und sich die Aufgabe stellt, die Syphilis selbst, nicht bloss ihre gelegentlichen Symptome zu heilen, den Patienten vor dem mit Recht gefürchteten tertiären Stadium zu schützen, und sich nicht damit begnügt, die Krankheit nur in ein Stadium der Latenz überzuführen. Hinsichtlich des vielumstrittenen Werthes der Schwefelbadcuren steht F. auf dem Standpunkte, dass dieselben eine zweifellose günstige Wirkung auf die Erkrankung ausüben können. Er glaubt sogar an eine specifische Wirkung der Schwefelthermen auf den Rückgang frischer manifester Secundärsymptome und ebenso an die Möglichkeit, ältere latente Syphilis in ein Stadium manifester Erscheinungen überzuführen durch die den Stoffumsatz befördernde Wirkung der Thermalbäder. Andererseits sei auch der Einfluss der Schwefelbäder auf die Abheilung teriärer Symptome nicht von der Hand zu weisen. Ganz besonders günstig aber wirken nach F. die Schwefelthermen in Verbindung mit mercurieller Therapie. Dabei ist aber die gleichzeitige externe Behandlung mit beiden Heilmitteln contraindicirt. Will man gleichzeitig mit Schwefelbädern und Hg-Behandlung vorgehen, so ist die Inunctionscur contraindicirt und nur die interne, oder die Injectionscur zu empfehlen, oder aber man lasse erst die Einreibungscur durchführen und beginnt mit den Schwefelbädern erst nach Beendigung der Inunctionen. Mit dieser Einschränkung dürfte die therapeutische Bedeutung der Schwefelthermen in der Syphilisbehandlung erneuter Prüfung werth sein. Die Ueberzeugung F.'s von einer specifischen Heilwirkung der Schwefelbäder einerseits, und von der Richtigkeit der alten Provocationstheorie anderseits ist Referent zu theilen nicht in der Lage.

Aus der dermatologischen Literatur der jüngsten Zeit resumiren wir zunächst folgende therapeutische Notizen:

Zur Behandlung der Alopecia areata empfiehlt Sabouraud die Application eines flüssigen Vesicans und nach Ablösung der gebildeten Blasendecke Anwendung einer Einpinselung von Arg. nitr. 1:15. (Annal. de derm. et syph. 95, 5.)

Die im Allgemeinen wenig günstigen Resultate der Behandlung des Favus gibt vielleicht Anlass zu Versuchen mit dem von Pirogoff (Therap. Wochenschr. 94, p. 43) angegebenen Verfahren: Einreibung einer Pomade:

Rpt. Flores sulf. . . . 15,0,
Kali carbon. . . . 4,0,
Pic.. liq.
Tae. Jodi . . . āā 50,0,
Axung. . . . . 100,0.
D. S. Salbe.

Diese Salbe wird auf Leinwand gestrichen, nachdem der Kopf rasirt und die Krusten entfernt, aufgelegt und alle 24 Stunden erneuert. Tritt starke Desquamation ein, so wird eine Salicyl-Zinksalbe applicirt. Die Heilung soll in 2—3 Wochen erfolgen (?).

Winternitz (Wiener klin. Wochenschr. 95, p. 222), hatte bereits früher eine Heidelbeer-Abkochung zur Ekzembehandlung empfohlen, und das gleiche Mittel bei Leukoplakia linguae et mucosae oris, bei schmerzhaften Rhagaden der Zunge, bei Intestinalkatarrh und manchen Formen chronischer Gonorrhoe wirksam befunden. Wenn diese Behandlung eine weitere Verbreitung nicht gefunden hat, so scheint ihm dies seinen Grund darin zu haben, dass es bis jetzt an einem stabilen Präparat fehlte. Nunmehr empfiehlt er zur Behandlung der verschiedensten Ekzemformen acuter und chronischer Art ein Decoctum Fructus Myrtilli, welches nach 5—7stündigem Kochen filtrirt und mit etwas Myrrhenextract versetzt wird. Man erhält so einen theerähnlichen Syrup, welcher haltbar ist und nicht schimmelt. Die Erfolge dieses Präparates als Einpinselung bei Ekzemen, bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades, bei einfachen und specifischen Haut- und Schleimhautgeschwüren, endlich als Einspritzung in verdünnter Lösung bei acuter und chronischer Blennorrhoe sollen sehr befriedigt haben.

Pospelow (Dermatol. Zeitschr. 95) behandelt die Akne vulgaris des Gesichts mit Hautmassage. Dabei soll das Streichen des Gesichtes in der Richtung der Talgdrüsenfollikel erfolgen. Man massirt die Stirne von der Mittellinie nach den Schläfen zu, von den Augenwinkeln nach abwärts und aussen, von den Jochbeinen nach innen zu, während man das Kinn kreisförmig umstreicht. Die Hände sollen vor dem Massiren mit beissem Wasser erwärmt werden, um die in den Talgdrüsen angesammelten Fettmassen zu erweichen. Die Finger werden mit einem reizlosen Fett bestrichen, die Massage zweimal täglich vorgenommen, dann mit Reismehl gepudert. Entzündete und Eiter bergende Akneknoten werden mit dem Spitzbistouri eröffnet und entleert.

H. R. Crocker (Lancet 8. Juni 1895) hat bei einer Anzahl von Psoriasisfällen, speciell in frischen Fällen, welche gegen die äussere Therapie meist besonders rebellisch sind, durch die interne Behandlung mit Natron salicylicum (3mal tägl. 0,9) sehr gute Resultate erzielt. Gute Resultate sah er auch in einem Falle von Lupus erythematosus. Er denkt an die Möglichkeit einer mikrobiciden Wirkung der Salicylsäure.

Für die Behandlung der Hautaktinomykose in solchen Fällen, in welchen operative Eingriffe unthunlich sind oder nicht gestattet werden, empfiehlt A. Staub Pflasterbehandlung mit Chrysarobin, Ichthyol und Resorcin (Therap. Monatsh. 94, Oct.), Rydygier-Krakau neben dem innerlichen Gebrauch starker Jodkalidosen parenchymatöse Injectionen des gleichen Mittels (1 Proc.) in das erkrankte Gewebe (Wiener klin. Wochenschr. 95, 37).

J. P. zum Busch-London hat ausser Myxoedemfällen, bei denen die Thyreoidinwirkung ausser Zweifel ist, auch bei einer Reihe chronischer Dermatosen (Ichthyosis, Psoriasis, chron. Ekzem) Versuche mit innerer Darreichung von Thyreoidea-Tabletten à 0,3 mehrmals täglich gemacht, und kommt zu dem Schlusse, dass diese Medication in manchen Fällen von Dermatosen, wenn andere Methoden im Stiche gelassen haben, zu versuchen sei. Das Mittel sei bei vorsichtiger Dosirung ungefährlich, gewiss nicht gefährlicher als Arsenik. (Derm. Zeitschr. 95, 5.)

Lassar (Ibid.) theilt mit, dass in analoger Weise wie weiche Warzen auch Naevi verrucosi einer Arsentherapie zugänglich seien. Da manche Formen verrucöser Naevi auch einer Spontaninvolution fähig sind, und anderseits der therapeutische Effect der Arsentherapie gewiss nicht als ein constanter bezeichnet werden kann, wird die Frage des „post hoc ergo propter hoc" aufzuwerfen sein.

Herz (Monatshefte für prakt. Derm. XXI. 8) empfiehlt die Anwendung des Nosophen und Antinosin zur Behandlung von Ulcus cruris und Ulcus molle. Die Vortheile seien Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit, austrocknende und baktericide Wirkung, doch ist die Anwendung nicht schmerzlos.

Gegen Frostbeulen und schuppende Lippen empfiehlt Boeck-Christiania in den „Monatsh. f. prakt. Derm. XXI. 4" Einpinselungen von Ichthyol, Resorcin, Tannin āā 1,0 Aq. 5,0 und nachfolgende Einwicklung mit Salbenmull. Gegen das zuletzt genannte oft recht lästige Uebel empfiehlt er, wie auch bei Frost der Hände und des Gesichts, wenn die schmutzende Wirkung der genannten Pinselung vermieden werden soll, täglich Abends vorzunehmende Einpinselung mit Resorcin 2,0, Mucil. gum. arab. und Aq. āā 5,0, Talc. ven. 1,0.

Der gleiche Verfasser empfiehlt zur Behandlung verschiedener entzündlicher, stark juckender, nicht nässender Hautaffectionen folgendes Liniment:

Rpt.	Talc. pulv.	
	Amyl. . . .	āā 100,0,
	Glycerin . .	40,0,
	Aq. Plumb. q. s. .	200,0,
	M. f. liniment.	

Bei nässenden Dermatosen ist dagegen dieses Liniment geradezu contraindicirt. —

Auf dem letzten Congresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Graz hatte ich Gelegenheit genommen, auf die schweren ungünstigen Folgen einer irrthümlicher Weise bei Pemphigus vulgaris der Schleimhäute eingeleiteten Hg-Behandlung hinzuweisen, und mich auf zwei einschlägige Erfahrungen bezogen. Ich habe heute nachzutragen, dass bereits Köbner in einer auch sonst sehr interessanten Arbeit über Pemphigus vegetans im Deutsch. Archiv f. klin. Medicin denselben Gegenstand in analoger Weise berührt hat, ich aber davon keine Kenntniss nehmen konnte, da ich den S. A. durch freundliche Zusendung seitens Köbner's erst in jüngster Zeit benützen konnte. Ich freue mich, dass ich mich mit K. in dieser praktisch nicht unwichtigen Frage in voller Uebereinstimmung befinde. Kopp.

Vereins- und Congressberichte.

Der mittelfränkische Aerztetag in Erlangen 1895.

Für das Jahr 1895 hatte es der ärztliche Bezirksverein Erlangen übernommen, den mittelfränkischen Aerztetag abzuhalten und seiner Einladung für 6. Juli folgte eine grosse Anzahl von Collegen aus Mittelfranken. Die Versammlung, welche im grossen Hörsaal der neuen k. Universitätsaugenklinik stattfand, wurde $12^1/_2$ Uhr Mittags durch den 1. Vorsitzenden des ärztlichen Bezirksvereins Erlangen, Herrn Prof. Dr. von Strümpell in herzlicher Weise begrüsst, wonach derselbe durch Acclamation zum Vorsitzenden des Aerztetags ernannt wurde. Nach einigen geschäftlichen Mittheilungen und Einladung des Aerztetages nach Nürnberg für seine Tagung im Jahre 1896 durch Hofrath Dr. Wilhelm Beckh im Auftrage des dortigen Bezirksvereins, wurde in die reichhaltige Tagesordnung eingetreten.

1) Prof. Frommel-Erlangen: **Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.**

Redner betont eingangs seines Vortrages, dass er durch die Erfolge der operativen Gynäkologie noch nicht veranlasst wurde, die Ringbehandlung der Retrodeviationen des Uterus irgendwie aufzugeben, und dass er nur in den Fällen, in welchen dieselbe nicht zum Ziele führt, zu operativem Eingreifen bei Retrodeviation sich versteht. Nach einem kurzen Ueberblick über die bisher vorgeschlagenen operativen Verfahren, bespricht Vortragender die verschiedenen operativen Methoden, die unter dem Namen der Vaginaefixation vorgeschlagen wurden. Vortragender hat diese Operationen in ziemlich zahlreichen Fällen versucht und muss, was das Endresultat anbelangt, bekennen, dass ihn keine dieser Methoden befriedigt hat, indem es nur in den allerwenigsten Fällen gelungen ist, auf die Dauer eine der Norm nahekommende Lagerung des Uterus auf diesem Wege zu erzielen, wesshalb er von dieser Methode ganz abgegangen ist. Befriedigendere Resultate liefert die von Olshausen vorgeschlagene Ventrofixation, obwohl auch diese nicht als eine ideale Operation bezeichnet werden kann.

2) Dr. Schilling-Nürnberg: **Ueber Punction des Hydrocephalus.**

(Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

3) Prof. v. Heineke-Erlangen: **Ueber die Behandlung steifer Gelenke.**

Obgleich er nichts Neues vorzubringen habe, scheine ihm doch das Bedürfniss einer solchen Besprechung vorzuliegen, da man in neuester Zeit vielfach statt der einfachen und naheliegenden Mittel complicirte und umständliche wähle, wenn auch die Wirksamkeit der letzteren der der ersteren nachstünde. Die Möglichkeit, ein steifes Gelenk wieder beweglich zu machen, sei namentlich durch den Umstand gegeben, dass noch eine gewisse passive oder auch active Beweglichkeit in dem betreffenden Gelenk erhalten sei. Das Hauptmittel sei nun die Herstellung und Uebung der activen Bewegung. Ist nur passive Beweglichkeit noch erhalten, so müssen zunächst durch den elektrischen Reiz Muskelbewegungen ausgelöst werden. Sehr bald lernt dann der Patient auch diese Bewegungen durch seinen Willen auszuführen. Zuerst soll nur eine bestimmte Bewegung geübt werden, so dass es sich nur um Excursionen in einer Ebene und in einer Richtung handelt. Erst wenn diese Bewegung gut von Statten geht, versucht man die Bewegung in derselben Ebene auch in entgegen-

gesetzter Richtung, wobei die active Bewegung nicht durch die Schwere des Theiles unterstützt sein darf. In den freier beweglichen Gelenken folgen später die Bewegungen auch in anderen Ebenen. Bei diesen Uebungen ist es nun von der allergrössten Wichtigkeit, die Mitbewegungen auszuschliessen. Oft muss man die benachbarten Gelenke festhalten oder durch Verbände immobilisiren, um die Mitbewegungen zu verhindern. Mit Geduld müssen die erlernten Bewegungen immer und immer wieder wiederholt werden unter allmählicher Steigerung der Excursionen und der Kraft. Um Letzteres zu erreichen, lässt man Widerstände überwinden. Sind mehrere Gelenke steif, so muss man man mit dem am weitesten gegen die Peripherie gelegenen Gelenke anfangen, das meist auch das functionell wichtigere ist. Nach und nach schliesst man die Bewegungsübungen in den mehr central gelegenen Gelenken daran und lässt endlich auch combinirte Bewegungen mehrerer Gelenke ausführen. Die Aussichten auf Erfolg sind in den mehr peripher gelegenen Gelenken gewöhnlich die günstigeren. Verhältnissmässig wenig lässt sich bei den Steifigkeiten des Schulter- und Hüftgelenks ausrichten. Ausser den activen Bewegungen werden auch passive mit Nutzen verwandt, um die passiven Bewegungshindernisse schneller und besser zu beseitigen. Doch muss man mit den passiven Bewegungen vorsichtig sein, weil sie das Gelenk leicht wieder schmerzhaft machen und dann oft den gewünschten Erfolg vereiteln. Von Vortheil erweisen sich also die passiven Bewegungen nur dann, wenn sie eine andauernde Steigerung der Empfindlichkeit des Gelenkes nicht herbeiführen. Als Hilfsmittel der Cur kommen endlich noch Massage und Bäder in Betracht, die hauptsächlich dann ihre Wirksamkeit entfalten, wenn schon die ersten Schwierigkeiten durch die Bewegungsübungen überwunden sind.

4) Dr. **Oscar Stein**-Nürnberg: **Beiträge zur Chirurgie des Nervensystems.**

1) Ein junger Mann von 18 Jahren erkrankt an gehäuften Anfällen typischer, rechtsseitiger Jackson'scher Epilepsie. Patient ist tuberculös schwer belastet; keine Stauungspapille. In 14 Tagen traten mehr als 2000 Anfälle auf, die sämmtlich mit Zuckungen des linken, oberen Lids begannen und in typischer Weise verliefen; nur bei Uebergreifen auf die andere Seite trat Bewusstseinsverlust auf. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen kleinen Tuberkel in der linken, motorischen Region gestellt und Operation vorgeschlagen. Am Tage vor der Operation plötzlicher Exitus letalis. Die Section ergab keine Spur einer Herd- oder sonstigen Erkrankung am Gehirn, noch an den Häuten. Nur die Windungen waren auffallend schwach entwickelt.

2) Demonstration einer 1 cm hohen, hakenförmig gebogenen, sehr scharfen Exostose, die Veranlassung einer sehr heftigen Medianus-Neuralgie bei einem 50jährigen Manne gewesen war. Sie hatte direct oberhalb des Ligamentum intermusculare dem Knochen aufgesessen, mit der scharfen Convexität den Medianus fast umgreifend. Exstirpation derselben (Dr. Heinlein-Nürnberg) brachte völlige Heilung.

5) Dr. **Emmerich**-Nürnberg: **Demonstration eines osteomalacischen Beckens,** welches er jüngst durch die Section einer 45jährigen, an Schrumpfniere verstorbenen Frau gewonnen hat; dasselbe zeigt die charakteristischen Veränderungen in ausgeprägtester Form.

6) Prof. **Graser**-Erlangen: **Zur Schilddrüsenfrage.** (Vortrag wird in extenso in dieser Wochenschrift erscheinen.)

7) Dr. **Simon**-Nürnberg: **Demonstration zweier Präparate von Tubenschwangerschaft,** die Vortragender kürzlich durch Operation gewonnen hat.

8) Prof. **Rosenthal**-Erlangen: **Demonstration eines minimetrischen Apparates zur Bestimmung der Kohlensäure der Zimmerluft,** bei dem die Beobachtung der Endreaction, d. i. der Entfärbung einer mit Phenolphtaleïn gefärbten Sodalösung dadurch besonders erleichtert wird, dass man die Farbenänderung nicht an der Flüssigkeitssäule selbst, sondern an deren Spiegelbilde unter Vergleichung mit dem Spiegelbilde einer Controlflüssigkeit verfolgt.

9) Prof. **Eversbusch**-Erlangen: **Demonstration zweier Kranker,** bei denen er die in den Glaskörper dislocirte Linse nach der von H. Knapp-New-York beschriebenen Methode entfernt hatte. Einleitend hob er die Schwierigkeiten hervor, die sich der Beseitigung dieser Lagenveränderung, die nur zu oft Veranlassung zu erheblicher Drucksteigerung mit nachfolgender Erblindung geben kann, entgegenstellen. Sodann besprach er die bis dahin üblichen Operations-Methoden, indem er betonte, dass sie alle miteinander eingreifender und unsicherer seien, als die Knapp'sche Methode, die ausführlicher in dem Archiv f. Augenheilkunde, Bd. XXII, S. 174 u. f. beschrieben ist. Eversbusch, der die Operation, die in Deutschland bisher nicht Eingang gefunden zu haben scheint, in den letzten 3 Jahren in 6 Fällen erfolgreichst und mit dauernder Heilung der betreffenden Augen ausführte, empfiehlt sie gleich Knapp für alle Fälle von sogen. Ektopia lentis (angeborener Subluxation der Linse) und traumatischer Lageveränderung der Linse, wenn anders die Linse völlig getrübt ist oder glaukomatöse Erscheinungen veranlasst, was nicht so selten ist, besonders dann, wenn die dislocirte Linse abwechselnd halb in die Vorderkammer geräth, so dass sie auf dem Pupillar-Rande in geringerer oder grösserer Ausdehnung reitet.

Eine weitere Anzeigestellung bieten die Fälle von tremolirender, überreifer und displacirter Katarakt, und die bisweilen im Verlauf einer gewöhnlichen Star-Extraction vorkommende Dislocation der Katarakt. Vorbedingung für den erfolgreichen Ausgang der Operation scheint nach der Erfahrung des Vortragenden zu sein, dass die dislocirte Linse noch an der einen oder anderen Stelle durch die Zonula Zinii mit dem Corpus ciliare zusammenhängt, während in den Fällen, in denen die Linse frei von jeglicher Verbindung am Boden des Glaskörpers liegt, die Linse nicht zum Austritte durch die Hornhaut-Wunde gebracht werden kann ohne Anwendung von Tractions-Instrumenten und ohne erheblichen Glaskörper-Verlust. In solchen, glücklicher Weise sehr seltenen Fällen kann palliativ neben der Iridektomie und Iridosklerotomie auch die Enucleation in Frage kommen, besonders dann, wenn das Auge erblindet ist und ausserdem iridocyklitische Veränderungen vorliegen.

10) Dr. v. **Kryger**-Erlangen: **Klinische Demonstrationen.**

1) Aneurysma arterio-venosum der Art. & Vena brachialis nach einem Schrotschuss in den linken Vorderarm. Faustgrosse prallelastische Geschwulst an der Innenseite des linken Oberarms dicht oberhalb der Ellenbeuge; von derselben geht ein fühlbares und auch deutlich hörbares Schwirren aus; bei leichtem Fingerdruck hat man den Puls der Arterie. Der Puls an der Radialis fehlt gänzlich.

2) Totale Rhinoplastik nach Exstirpation eines die ganze Nase einnehmenden Carcinoms mit Bildung eines grossen Stirnhautlappens.

3) Complicirte Plastik zum Ersatz einer durch Carcinom zerstörten Unterlippe. Es wurde je ein kleinerer Lappen ähnlich der Bruns'schen Methode aus jeder Wange genommen als Unterfütterung eines grossen Lappens nach Langenbeck aus der Kinn-Halsgegend, der die eigentliche Lippe bildet.

4) Exstirpation der linken Larynxhälfte wegen Carcinom (Recidiv.)

5) Grosses Lymphextravasat am Oberschenkel in Folge starker Quetschung der Weichtheile durch Ueberfahren.

11) Dr. **Reichold**-Erlangen: **Klinische Demonstrationen.**

1) Circulärer Haut- und Weichtheildefect am Oberschenkel nebst Fractur des Femur durch Ueberfahren.

2) Circulärer Hautdefect in der Kniegegend, 14 cm breit, ebenfalls durch Ueberfahren entstanden.

3) Ueber die Verbände bei Hüftgelenksentzündungen. Demonstration des Extensionsverbandes, der Pappschienenbeckenhose, der Thomas'schen Schiene. A. Beckh-Nürnberg.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 11. December 1895.

Herr **Moore** aus Chile legt der Versammlung Präparate von Gonococcen vor, an welchen er eine Eigenbewegung derselben zeigen zu können glaubt.

1) Herr **Hansemann**: **Ueber eine häufige syphilitische Veränderung an der Epiglottis.**

Aehnlich den von Virchow angegebenen und von Lewin beschriebenen Veränderungen am Zungengrunde (Atrophie der Balgdrüsen) und im Zusammenhange mit denselben sind die

von H. beobachteten. Er fand in einer grossen Zahl von Leichen, die entweder manifeste Zeichen von Syphilis oder doch im Gefolge derselben häufig auftretenden Veränderungen, wie Amyloidentartung etc., darboten, eine Atrophie des freien Epiglottisrandes. Im Anfang findet man nur eine Verdünnung des Randes, ähnlich dem Befunde bei schlaffer Epiglottis, dann kann sich der Rand umschlagen und eine Duplicatur der Schleimhaut entstehen und schliesslich kann auch der Knorpel mit umgebogen werden.

Es ist zwar anzunehmen, dass diese Veränderung auch durch andere Affectionen zu Stande kommen kann, doch hält sie Vortragender immerhin für ein Zeichen, welches im Verein mit anderen die Diagnose Syphilis bekräftigen kann.

2) Fortsetzung und Schluss der Discussion über den Vortrag des Herrn **Weyl: Ueber die Rieselfelder,** welche nichts Wesentliches mehr zu Tage fördert.

3) Herr **Hirschfeld: Zur Diagnose und Prognose des Diabetes.**

Analog den leichten Fällen von Glycosurie, welche häufig völlig verschwinden, bisweilen aber auch nach beträchtlichen Remissionen sich wieder verschlimmern, verlaufen auch die schweren, im Allgemeinen für unheilbar gehaltenen Formen der Zuckerharnruhr mit sehr beträchtlichen Schwankungen. Dies äussert sich am deutlichsten in der Glycosurie, d. h. der Störung in der Assimilation der Kohlehydrate. Um dies zu erkennen, darf man sich jedoch nicht mit der Bestimmung des Zuckers im Harn allein begnügen, wie dies meistens geschieht. Ein derartiges Verfahren ist fehlerhaft, da die Menge der genossenen Kohlehydrate und die Urinmenge nicht mit berücksichtigt ist. Um in jedem einzelnen Falle den Stand der Krankheit, die Wirksamkeit eines Heilmittels sowie den Verlauf der Zuckerharnruhr überhaupt zu erkennen, ist es nothwendig bei jeder Untersuchung einerseits die genossenen Nahrungsmittel in Bezug auf ihren Kohlehydrat und Eiweissgehalt, andererseits die Urinmenge und den Procentgehalt an Zucker zu berücksichtigen. Nur so kann man ein Bild über die Störung in der Assimilation der Kohlehydrate gewinnen.

Was die Schwankungen in der Glycosurie angeht, so tritt eine Verschlimmerung bekanntermaassen hauptsächlich dann ein, wenn die betreffenden Kranken unter ärmlichen Verhältnissen leben, d. h. viel Kohlehydrate geniessen und starke körperliche Arbeit leisten. Im Krankenhause hat der Vortragende bei geeigneter, genau individualisirender Behandlung nie eine Zunahme der Glycosurie gesehen, auch wenn sich der Kräftezustand etwa durch die Entwicklung einer Tuberculose verschlimmerte. Fernerhin tritt eine Verschlimmerung bisweilen ein bei einzelnen für Diabetiker charakteristischen Krankheiten, z. B. bei septischen Fiebern, nach Gangrän oder einer Phlegmone, oder einer multiplen Furunculose.

Weit häufiger als Verschlimmerungen sind Besserungen. Dieselben treten unter den verschiedensten äusseren Verhältnissen auf. Dies erklärt sich daraus, dass die meisten äusseren Factoren individuell ausserordentlich verschieden einwirken. So bringt Inanition oder Ueberernährung, gesteigerte Muskelthätigkeit, das Auftreten von Diarrhöen oder irgend welches Mittel bei dem einen Diabetiker eine Verminderung der Zuckerausscheidung zu Stande, während bei andern nur nachtheilige Folgen beobachtet werden. Und dieses individuell verschiedene Verhalten der einzelnen Kranken ist für die Therapie natürlich sehr zu berücksichtigen.

Ausser der Glycosurie weisen noch zwei andere Functionsstörungen, die Acetonurie und die verminderte Resorption der Nahrung ausserordentliche Schwankungen auf. Was die gesteigerte Acetonauscheidung im Harn angeht, so glaubte man bis vor kurzem, dass dieselbe nicht für Diabetes charakteristisch sei. Das ist jedoch nach dem Vortragenden nicht der Fall. Vielmehr ist gerade eine hohe Acetonausscheidung trotz reichlicher Kohlehydratezufuhr für die schweren Fälle der Zuckerruhr charakteristisch. Diese Functionsstörung hat ein grosses praktisches Interesse desshalb, weil bei hoher Acetonausscheidung Anfälle von Coma auftreten. In Bezug auf die schlechte Resorption der Nahrung, ein Symptom, dessen Zusammengehörigkeit mit der Glycosurie durch die Thierexperimente klargestellt ist, wäre zu bemerken, dass allmähliche Besserungen beobachtet wurden. In wieweit sich diese beiden Symptome einer Störung des Stoffwechsels beeinflussen lassen, ist bisher noch nicht festgestellt. H. K.

Medicinischer Verein zu Greifswald.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 2. November 1895.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr Hoffmann.

1) Herr **Franke: Demonstration eines Falles von pulsirendem Exophthalmus.**

Nach dem ursächlichen Entstehen hat man spontane und traumatische Fälle von pulsirendem Exophthalmus zu unterscheiden. Zu den ersteren gehören Fälle von wahrem Aneurysma der Art. ophthalmica, spontanen Berstungen der Carotis interna innerhalb des Sinus cavernosus, endlich sehr gefässreichen, erectilen Tumoren. Zahlreicher als die spontanen sind die traumatischen Fälle; bei diesen handelt es sich meistentheils um eine Verletzung der Carotis interna innerhalb des Sinus cavernosus in Folge einer Schädelbasisfractur.

Ist es zu einer offenen Communication zwischen dem arteriellen und venösen Blut an dieser Stelle gekommen, so wird mit jeder Pulswelle eine stärkere Blutmenge erst in den Sinus und dann in die Vena ophthalmica superior und inferior getrieben. Mit der Zeit kommt es zu einer starken Dilatation der betreffenden Gefässe, sowie zu einer Umkehr des Blutlaufs, welche auch die fühlbare Pulsation des Bulbus veranlasst. Der Zeitraum, in dem sich das volle Bild entwickelt, variirt von wenigen Stunden bis zu einigen Tagen, bei den idiopathischen Fällen pflegt die Entwickelung erheblich schneller zu sein, wie bei den traumatischen.

Der vom Vortragenden demonstrirte Patient fiel am 1. X. d. J. von einem Wagen nach vorn zwischen die Pferde. Zu Bett gebracht, fühlte er sich zunächst ziemlich wohl; drei Tage später jedoch traten in der Nacht heftige Kopfschmerzen, sowie ein hämmerndes, sausendes Gefühl im Kopfe ein, das bis jetzt angehalten hat und den Patienten im Schlafe erheblich störte. Das Sehvermögen war gleich von vorn herein erloschen. Wann das Auge hervorgetreten ist, weiss er nicht. Aus Nase und Ohr soll nach dem Fall kein Blut geflossen sein.

Der Befund ist seit der Aufnahme ziemlich derselbe geblieben. Es besteht erheblicher Exophthalmus des linken Auges. Der auf den Bulbus aufgelegte Finger fühlt eine deutliche mit dem Carotidenpuls synchrone Pulsation. Mit dem Stethoskope hört man über dem Bulbus am lautesten, aber auch über dem ganzen Kopf ein lautes, klangreiches, blasendes Geräusch, das aus zwei Abschnitten besteht.

Die Diagnose muss auf Fractura baseos cranii mit Ruptur der Carotis interna im Sinus cavernosus und Zerreissung des Nervus opticus im Foramen opticum gestellt werden.

Ein Symptom, das der Patient noch nicht bietet und das auch in den anderen Fällen meist erst nach 2—3 Monaten aufgetreten ist, ist eine sichtbare, leicht compressible Geschwulst, die gewöhnlich innen oben vom Bulbus zwischen diesem und der Incisura supraorbitalis liegt und einer starken Erweiterung der Vena frontalis ihr Entstehen verdankt.

Bei der Wahl der Therapie geht man von der Beobachtung aus, dass mit der Compression der Carotis communis die charakteristischen Symptome wie mit einem Schlage aufhören. In einzelnen Fällen ist es bei genügender Ausdauer in der That gelungen, durch Compression der Carotis eine Heilung zu erzielen, indem während derselben an der Perforationsstelle ein Gerinnsel sich bildet und die Communication zwischen arteriellem und venösem Blut verlegt. Doch kann man sich erfahrungsgemäss nur bei den spontanen Fällen einen Erfolg versprechen, bei denen in Folge der meist bestehenden Erkrankung der Gefässwand die Thrombenbildung leichter eintritt.

Was die Technik anlangt, so ist man eigentlich nur auf die Digitalcompression angewiesen; doch ist auch diese an dieser Stelle nur mit Mühe exact durchzuführen.

Bei dem in Rede stehenden Patienten wurde die Compression der Carotis 9 Tage lang täglich für einige Zeit und zwar immer steigend ausgeführt; am 10. Tage trat nach ca. 5 Minuten wiederum Pulsation ein, obwohl die Carotis selbst entschieden undurchgängig gehalten wurde. Es hatte sich also schon ein genügender Collateral-Kreislauf gebildet. Es kommt nunmehr nur noch die Unterbindung der Carotis in Frage, ein Verfahren, welches in einer grossen Anzahl von Fällen angewandt worden ist und ein recht befriedigendes Resultat ergeben hat. Herr Geheimrath Helferich wird in den nächsten Tagen die Operation bei dem Kranken vornehmen. Wenn man nun auch von dieser Operation den gewünschten Erfolg erwarten darf, so zwingt uns doch ein bei dem Patienten aufgetretenes intermittirendes Fieber, im Verein mit sehr erheblichen Kopfschmerzen, hauptsächlich im Hinterkopf, aber auch in der Stirngegend, die Prognose quoad vitam ad peius vergens zu stellen. Per exclusionem kommt man dazu, an die Möglichkeit eines Abscessus cerebri zu denken, dessen Sitz in der Nähe der Fracturstelle angenommen werden muss, und zwar bei dem Fehlen von Ausfallserscheinungen vielleicht im Schläfen- oder Frontallappen. Der weitere Verlauf nach Unterbindung der Carotis und Rückgang des Exophthalmus wird lehren, ob diese Complication einen therapeutischen und spec. operativen Eingriff rechtfertigt.

2) Herr **Stutzer:** Demonstration eines Falles von **Hydrops sacci lacrimalis.**

Vortragender stellt eine Frau vor mit einem gut wallnussgrossen Tumor, der fast die ganze innere Hälfte des untern linken Augenlides einnimmt. Die Geschwulst scheint mit ihrer hinteren Fläche dem Knochen fest aufzusitzen; die Haut über derselben ist frei verschieblich, Consistenz prall elastisch, das Volumen der Geschwulst lässt sich durch Druck nicht verkleinern, der Tumor ist transparent. Von den verschiedenen cystösen Geschwülsten, die hier in Frage kommen könnten, handelt es sich in diesem Falle um eine Ausbuchtung des atonischen Thränensackes. Die Frau gibt nämlich an, dass sie früher die Geschwulst habe wegdrücken können, wobei sich eine Flüssigkeitsmenge in die Nase entleert haben soll. Der Fall ist desshalb von Interesse, weil Ausdehnungen des Thränensackes bis zu dieser Grösse sehr selten sind.

3) Herr **Trapp** demonstrirt Krukenberg'sche Pendelapparate zur Bewegung je eines, je dreier Finger, des Hand- und Ellenbogengelenkes, und knüpft daran einen kurzen Bericht über die Einrichtung und den Betrieb des mit Krukenberg'schen Apparaten ausgestatteten medico-mechanischen Institutes der chirurgischen Klinik. Der Hauptzweck desselben ist die frühzeitige Nachbehandlung der auf der Klinik operirten bezw. behandelten Patienten. Eine ausführliche Veröffentlichung erfolgt an anderem Ort.

4) Herr **Busse:** Demonstration einer **sarkomatös entarteten Dermoidcyste.**

Combinationen von malignen Geschwülsten mit Dermoidcysten sind ausserordentlich selten; in der Literatur finden sich 23 Fälle, von denen 11 Fälle eine Combination von Carcinom mit Dermoid, 12 Fälle von Sarkom mit Dermoid betreffen. Unter diesen 12 Fällen kommen erstens schnellwachsende Mischgeschwülste vor, die neben allen möglichen anderen Gewebsarten auch Dermoidalgebilde enthalten, und zweitens kommt es vor, dass in einer Dermoidcyste an einer Stelle ihrer Wand eine Sarkomwucherung beginnt, die sich zunächst noch innerhalb der Cyste hält und erst, nachdem die Wand durchwuchert ist, in die Nachbarschaft eindringt.

Im vorliegenden Fall liegt die Sache noch anders; vor langer Zeit ist eine Dermoidcyste im rechten Ovarium entstanden, und viele Jahre später hat dann eine sarkomatöse Entartung des Restes des Ovariums eingesetzt. Das Präparat stammt von einer 68jährigen Frau, bei der vor 22 Jahren eine faustgrosse Geschwulst, damals für ein Fibromyom angesehen, in der Excavatio recto-uterina constatirt wurde. Erst in den letzten zwei Jahren wurde ein Wachsthum der Geschwulst bemerkt, das im letzten halben Jahre ganz besonders stark hervortrat. Bei der Section fand ich das ganze Becken von einer soliden, weichen, markigen Geschwulst fast ausgefüllt. Die Ureteren waren fingerdick erweitert, die Nieren zeigten einen hohen Grad von Hydronephrose, die Blase stand nicht im Zusammenhang mit der Geschwulst. Ebenso ist die vordere Wand des Uterus, sowie die Schleimhaut absolut frei von Geschwulstbildung. In der hinteren Uteruswand dagegen ist die Geschwulst von hinten her in die Musculatur hineingewuchert. In der Scheide, deren hintere Wand prolapsartig vorgestülpt ist, reicht der Tumor bis unmittelbar an die Schleimhaut, hat dieselbe aber an keiner Stelle durchbrochen. Zwei Finger breit hinter dem Uterus liegt ein etwa apfelsinengrosser ganz verkalkter Geschwulstknoten, der sich beim Aufsägen nicht als verkalktes Fibromyom, sondern als eine Cyste erwies mit verkalkter Wand und einem grützähnlichen, mit vielen Haaren vermischten Inhalte. Die Wand der Cyste ist an keiner Stelle von der Geschwulst durchsetzt. Die Cyste steht in keiner Beziehung zum linken Ovarium, ist vielmehr im rechten Eierstock zur Entwickelung gekommen.

Aus der Lage der Cyste innerhalb der soliden Geschwulst, die sie völlig einschliesst, aus dem Umstand, dass die regressiven Processe in der unmittelbaren Umgebung der Cyste am weitesten fortgeschritten sind, lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit folgern, dass hier der Ausgangspunkt der Geschwulstwucherung zu suchen ist. Da nun die Cystenwand selbst überall intact und von der Geschwulst nirgends durchsetzt ist, so kann die Wand der Cyste selbst nicht der Ausgang sein, vielmehr muss als solcher der Rest des Eierstocks angesehen werden, in welchem vor mehreren Jahrzehnten die Dermoidcyste zur Entwicklung gekommen ist. Histologisch handelte es sich um ein kleinzelliges Rundzellensarkom mit spärlicher Intercellularsubstanz.

Demonstration des Präparates, sowie einiger mikroskopischer Schnitte von der Geschwulst.

5) Herr **Leick** berichtet über einen Fall von **hysterischer Paraparese der unteren Extremitäten** bei einem 11jährigen Knaben.

Das Leiden war bei dem hereditär belasteten Patienten im Anschluss an heftige, mehrere Tage währende Zahnschmerzen aufgetreten. Die Untersuchung ergab neben starkem Schwindelgefühl und erhöhtem Schlafbedürfniss eine deutlich ausgesprochene Parese der Beine; ausserdem bestand eine bedeutende Steigerung der Patellarreflexe, sowie Parästhesien in Gestalt von Ameisenkriechen an den unteren Extremitäten; sonst keinerlei Anomalien. Die Therapie, bestehend in warmen Bädern und Faradisation, führte in 3 Tagen zur Heilung, nachdem das Leiden ausserhalb der Anstalt schon 14 Tage erfolglos behandelt worden war.

6) Herr **Enderlen: Ein Fall von Hodentorsion.**

Vortragender berichtet über die Torsion eines sarkomatös carcinomatös entarteten Hodens, der am 4. Tage zur Operation kam. (Die ausführliche Mittheilung des Falles erfolgt an anderer Stelle.)

Physiologischer Verein in Kiel.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 29. Juli 1895.

Prof. **Fischer** demonstrirt **Präparate des Texasfiebers und weitere Gonococcen-Culturen.**

Dr. **Bier: Ueber Darmausschaltung.**

B. stellte zwei Fälle vor und berichtete über einen dritten Fall, in denen er mit Erfolg die Darmausschaltung nach Salzer vorgenommen hat.

1) R. W. litt nach Ueberstehen einer acuten Perityphlitis seit 2 Jahren an anfallsweise auftretenden Darmkoliken. Seit November 1894 nahmen die Erscheinungen einer chronischen Darmstenose stark zu und der Kranke magerte bedeutend ab. Auf der hiesigen medicinischen Klinik wurde die Diagnose einer Darmstenose gestellt und der Kranke der chirurgischen Klinik zur Operation überwiesen.

Der Mann sah blass, sehr mager und kachektisch aus. In der Gegend des Colon ascendens fühlte man einen grossen Tumor, welcher den Eindruck einer bösartigen Neubildung machte. Bei der Laparotomie am 31. Januar 1895 fand man an der hinteren Bauchwand einen derben schwieligen festverwachsenen Tumor, in den das Coecum, leicht kenntlich an seinem Processus vermiformis, der nichts Krankhaftes zeigte, und ein Theil des Colon ascendens unbeweglich eingelagert waren. Der in das Coecum eintretende Dünndarm war sehr stark ausgedehnt. Das aus der Geschwulst austretende Colon zusammengeschrumpft und atrophisch. Eine Exstirpation war unmöglich. Das Ileum wurde ein Stück vor der Ileocoecalklappe, das Colon ascendens nahe der Flexura hepatica durchtrennt. Der distale Ileumstumpf wurde durch Lembert'sche Naht geschlossen, der proximale mit dem distalen Colonstumpf durch eine einfache Lembert'sche Nahtreihe vereinigt, und der proximale Colonstumpf als Abflussfistel für das ausgeschaltete Darmstück in die Bauchwunde eingenäht. Die übrige Bauchwunde wurde durch Etagennaht geschlossen. 14 Tage nach der Operation entstand neben der Darmfistel ein kleiner Bauchdecken-Abscess, sonst erfolgte glatte Heilung.

Die Beschwerden des Patienten sind vollständig geschwunden. Bemerkenswerth ist, dass der Tumor, welcher bei der Untersuchung von aussen ganz den Eindruck eines Carcinoms machte, nach der Operation so vollständig zurückging, dass er nicht mehr zu fühlen war. Dass der Tumor nicht bösartiger Natur war, geht ferner aus der Gewichtszunahme des Patienten um 43 Pfund hervor. Es wurde dem Kranken vorgeschlagen sich später das ausgeschaltete Stück exstirpiren zu lassen, doch verweigerte er dies, weil es so gut wie keine Beschwerden macht. Die geringen Mengen Schleim, welche die Fistel entleert, fängt der Mann mit einem kleinen Watteverbande auf.

2) J. N. erkrankte im April 1894 an acuter Perityphlitis, im October 1894 an einem Recidive. Seitdem besteht eine schwere Darmstenose mit folgenden Erscheinungen: Alle 8 Tage etwa erkrankt der Mann mit starken Schmerzen im Bauche. Derselbe treibt sich auf, es fehlen Stuhl und Flatus. Schliesslich treten sehr starke kolikartige Schmerzen auf. Der Patient und seine Umgebung hören starkes Plätschern und Kollern im Leibe, dann entleeren sich reichliche Flatus und der Anfall ist vorüber. Der Kranke wurde der chirurgischen Klinik von der medicinischen überwiesen. In der rechten Fossa iliaca fühlt man von aussen eine handtellergrosse auf Druck empfindliche Resistenz, vom Rectum aus in der rechten Hälfte des kleinen Beckens eine Geschwulst, welche auf Druck empfindlich und deren Ende nicht abzutasten war.

Bei der Laparotomie am 5. Juli 1895 sah man vom Processus vermiformis nichts, vom Coecum nur einen Theil der Vorderwand; beide waren in eine schwielige Masse eingebacken, in der auch ein grosser Theil des Netzes verschwand. Das letztere wurde abgetrennt und nach oben geschlagen. Die Einmündung des Dünndarmes in das Coecum war nicht zu sehen. Doch fand man etwa 20 cm seitlich vom Coecum den Dünndarm an der Hinterwand des Bauches befestigt, noch ein Stück weit, wie retroperitoneal nach dem Coecum hin verlaufen und dann in den Tumor verschwinden. Um einer so verhängnissvollen Verwechslung vorzubeugen wie im dritten Falle, wurde der Dünndarm von der Stelle aus, wo er frei wurde, nach oben hin abgesucht. Man fand oberhalb eine grosse Menge Dünndarm, welcher sich bis zur Plica duodeno-jejunalis verfolgen liess. Es wurde ganz wie im vorigen Falle die Darmausschaltung vollführt. Ausgeschaltet wurde das Coecum, ein Theil des Colon ascendens und vermuthlich etwa 30 cm Dünndarm. Die Heilung ging ungestört von statten, der Kranke erfreut sich des besten Wohlseins und die Kolikanfälle sind nicht wiedergekehrt. Die Darmfistel entleert nur Spuren von Secret, welches den Mann nur wenig belästigt.

Den dritten Fall hat B. schon theilweise in einer kürzlich erschienenen Schrift veröffentlicht. (Ueber circuläre Darmnaht. Archiv für klin. Chirurgie, Band 49, Heft 4; ref. d. W. No. 20, S. 477.)

3) D. Sch. erkrankte 1880 an den Erscheinungen der Perityphlitis. Es bildeten sich Kothfisteln aus, welche vergeblich chirurgisch behandelt wurden. Am 10. September 1894 suchte B. nach dem Vorgange v. Eiselsberg's in einem ähnlichen Falle das Coecum durch quere Abtrennung unterhalb der Einmündung des Ileums und Vernähung beider Enden auszuschalten und dadurch die Kothfisteln zu beseitigen. Die Operation stiess auf unerwartete Schwierigkeiten. Es zeigte sich, dass eine allgemeine Peritonitis bestanden hatte, die meisten Darmschlingen waren untereinander verwachsen, Dick- und Dünndarm in der Ileocoecalgegend nicht von einander zu unterscheiden. B. glaubte in dem stark verwachsenen Darme, in den die Fisteln mündeten, das Coecum zu erkennen und schaltete demgemäss aus. Er hatte sich getäuscht, Dünndarm quer durchtrennt und beide Enden durch Naht geschlossen. In Folge dessen entstand Ileus und musste am 14. September zum zweiten Male laparotomirt werden. Da bei den ausgedehnten Verwachsungen eine Orientirung unmöglich war, wurde der proximal vernähte Dünndarmstumpf, welcher sehr gebläht in die Höhe stand als Anus praeternaturalis eingenäht. Am 8. October wurde versucht eine Anastomose zwischen dem Dünndarm oberhalb des Anus praeternaturalis und Colon transversum anzulegen. Doch musste dieselbe wegen zu starker Spannung in Folge der Verwachsungen wieder geschlossen werden. Es wurde desshalb eine Anastomose zwischen einer beliebigen tief im Becken liegenden freien Dünndarmschlinge und dem Colon transversum angelegt. Seitdem kam der Koth zur einen Hälfte aus dem Anus praeternaturalis, zur anderen aus dem After. Ein Versuch, den Anus praeternaturalis durch Loslösung des Darmstücks, Vernähung und gleichzeitiger Diefenbach'scher Lappenverschiebung zu schliessen, misslang. Desshalb wurde die Patientin zum fünften Male laparotomirt und das zum Anus praeternaturalis führende Darmstück durch quere Durchtrennung und Vernähung beider Stümpfe ausgeschaltet. Seitdem kommt aller Koth aus dem After. Die Kothfisteln sind bereits nach der ersten Operation versiegt. Die Länge des theilweise ausgeschalteten Darmes ist unbekannt, doch scheint die freie Dünndarmschlinge, welche aus der Tiefe des Beckens hervorgeholt und zur Anastomose mit dem Colon verwandt wurde, ein ziemlich tiefliegendes Darmstück zu sein, da die Patientin in ihrer Ernährung nicht gelitten hat.

Bei sämmtlichen hier geschilderten Darmoperationen kam nur die einfache Lembert'sche Naht zur Verwendung, die B. für die beste Methode hält.

Dr. **Bier: Ueber Pyloroplastik.**

B. hält die Pyloroplastik nach Heinecke-Mikulicz für nicht weiter complicirt liegende Fälle von narbiger Pylorusstenose für die beste Operation, weil sie technisch sehr leicht, ungefährlicher als die Pylorusresection und die Gastroenterostomie, sicherer und ungefährlicher als die Loretta'sche Fingererweiterung des Pylorus ist, und, wie es scheint, sehr gute Resultate gibt.

B. führte die Operation in folgenden beiden Fällen aus:

1) G. L. litt seit Frühjahr 1891 an „Magenbeschwerden“ und magerte in der letzten Zeit rapide ab. Er erbrach schliesslich alles, was er zu sich nahm. Mit der Diagnose „narbige Pylorusstenose“ wurde er behufs Operation von der medicinischen Klinik auf die chirurgische verlegt. Der sehr stark abgemagerte Mann litt ausserdem an Lungenphthise. Am 1. April 1893 wurde die Laparotomie gemacht. Im Duodenum, oben jenseits des Pylorus, fand sich eine sehr derbe und enge narbige Strictur, welche der Länge nach gespalten wurde. Der Schnitt wurde der Quere nach vernäht, die Bauchwunde durch Etagennaht verschlossen. Es erfolgte Heilung per primam, Rückgang sämmtlicher Beschwerden und schnelle Gewichtszunahme. Am 3. März 1894 theilte der Mann mit, dass er in der ersten Zeit in Folge von Diätfehlern noch zuweilen erbrochen hat, später aber nicht mehr. Die Phthise hat Fortschritte gemacht, über das weitere Schicksal ist nichts bekannt.

Streng genommen handelte es sich in diesem Falle nicht um eine Pyloroplastik, sondern um eine Duodenoplastik. Doch musste der Schnitt, um eine genügende Erweiterung zu erzielen, bis in den Pylorus geführt werden.

2) Die hysterische Näherin L. K. wurde wegen Pylorusstenose mit Magenerweiterung der chirurgischen Klinik von der medicinischen zur Operation übergeben. Sie hatte am 21. December 1893 eine Nähnadel verschluckt.

Bei der Laparotomie am 30. Mai 1895 fühlte man sofort oben 2 cm frei aus dem Pylorus ragend, die Nähnadel, welche herausgezogen wurde. Der Pylorus war stark narbig verengt. Bei der Führung des Längsschnittes fiel die ausserordentliche Dünnheit und Schlaffheit der Magenwand auf. Die Muscularis war trotz des chronischen Hindernisses eher atrophisch als hypertrophisch. Der Längsschnitt wurde quer vereinigt, die Bauchwunde durch Etagennähte geschlossen. Es trat Heilung per primam ein. Die Beschwerden verschwanden zum grössten Theil. Nur unmittelbar nach dem Essen hat Patientin noch Magenschmerzen, die wohl auf einer motorischen Insufficienz des Magens (Schlaffheit der Magenwand, bei der Operation constatirt) beruhen.

Ob die Nähnadel die ausserordentlich enge Strictur veranlasst, oder nur vor dieser sitzen geblieben ist, ist ungewiss.

Später wurde die Patientin hier wegen eines periproktitischen Abscesses operirt, in dem sich eine zweite Nähnadel vorfand.

Prof. **Hoppe-Seyler: Ueber Gährungsvorgänge im Magen.** (Vergl. den Originalartikel in vor. No.)

Aerztlicher Verein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

XVII. Sitzung vom 19. September 1895.

Herr **Rosenfeld** stellt einen 11 jährigen Knaben mit angeborener Nasenspalte vor.

Es handelte sich um die seltene Form der seitlichen Spaltbildung, von welcher bislang in der Literatur nur 5 Fälle bekannt geworden sind. Es fehlte die knorpelige Scheidewand der Nase und das Knorpelgerüst des rechten Nasenflügels. Nachdem schon vor 8 Jahren ein operativer Versuch gemacht und die Nase median vereinigt worden war, hatte sich durch den Zug der medianen Narbe und in Folge einer sehr mangelhaften Anlage eines Septums an Stelle der Nasenspitze eine tiefe muldenförmige Einsattelung ausgebildet. Das rechte Nasenloch war nur für eine sehr dünne Sonde durchgängig, das linke hatte eine lichte Weite von 3 mm. Vortr. bildete nun eine Nasenspitze, indem er die Nase in der Narbe median wieder spaltete bis in die Mitte der Höhe und nun zwischen die beiden so gewonnenen Flügel einen grossen Hautperiostlappen einfügte, dessen Basis seitlich von der Nase lag und welcher elliptisch die ganze Partie der Nasenwurzel und einen Theil der Glabella umfasste. Es wurde so durch Faltung des Lappens eine sehr schöne Spitze erhalten, die durch den seitlich verlegten Narbenzug gut erhalten wird. Das Resultat ist nach einem Vierteljahr ein durchaus vorzügliches: das durch Ueberhängenlassen des Lappens gewonnene Septum erzielte Nasenlöcher in einer Weite von nahezu 1 cm und sehr guter Durchgängigkeit, die Nasenspitze ist in keiner Weise eingesunken, der übergepflanzte Hautperiostlappen ist nicht atrophirt.

Herr **Rosenfeld** demonstrirt ferner einen neuen Apparat zur orthopädischen Behandlung der angeborenen Hüftgelenkverrenkung, mittelst welchen er seit Januar dieses Jahres eine

Reihe von einseitigen angeborenen Hüftluxationen im Alter von 3—10 Jahren mit gutem Erfolg behandelt. Der Apparat ist eine Combination der Hessing'schen Extensionsbehandlung mit der Abductionsbehandlung nach Schede und einem Hoffa'schen Hüftluxationscorset. Er vereinigt so alle Forderungen der orthopädischen Behandlung, Extension des Beines, Fixation des herabgezogenen Schenkelkopfes. und Ausgleichung der Lordose in vorzüglicher Weise. Wie Vortragender an einer vorgestellten 10 jährigen Patientin demonstrirt, welche den Apparat erst seit 14 Tagen trägt, ist der Gang in dem Apparat ein recht zufriedenstellender, die seitlichen Schwankungen sind aufgehoben, nur ein Nachschleppen des Beines in geringem Maasse vorhanden.

Herr **Ferd. Giulini** demonstrirt einen wegen eines Chorioideal-Sarkoms enucleirten Bulbus, welcher nach der Methode von Krüchemann in Formalin conservirt worden war. Das Präparat stammte von einem 5 jährigen Knaben, die Geschwulst hatte die Sklera am Aequator durchbrochen und erwies sich unter dem Mikroskope als Leukosarkom und zwar als rundzelliges.

Herr **Karl Koch** zeigte das Präparat eines metastatischen Carcinoms des Radius herstammend von einem 51 jährigen Manne, welchem wegen eines Oesophagus-Carcinoms im October 1894 eine Magenfistel angelegt worden war.

XIX. Sitzung vom 17. October 1895.

Herr **Oskar Stein** stellt einen 55 jährigen Kranken an traumatischer Hysterie leidend vor.

Derselbe, ein Taglöhner, erhielt durch ein herabfallendes Mörtelfass eine Verletzung am rechten Vorderarm. Es entstand ein Abscess, nach dessen Spaltung und Heilung sich ein schnellschlägiger (120), kleinwelliger Tremor einstellte, der bis heute (seit 3 Jahren) allen Heilversuchen getrotzt hat. Ausserdem zeigt der rechte Arm eine complete Anästhesie für alle Qualitäten, die an der Schulterhöhe abschneidet. Der Fall ist als echte traumatische Hysterie aufzufassen, obwohl andere hysterische oder psychische Momente ausser mässigem Schwachsinn fehlen. Die Prognose ist schlecht.

Herr **Wirth** stellt einen 45 jährigen Patienten vor, bei welchem sich nach einem Trauma (Schlüsselbeinfractur) am linken Schultergelenk starke Schmerzen einstellten und sich eine ausgebreitete trophoneurotische Gangrän dieser Gegend entwickelte. Der linke Arm ist in Folge von Narbencontractur etwas unbeweglich geworden.

Herr **Karl Koch** zeigt ein von einem Arbeiter einer Schmelztiegelfabrik herstammendes Nagelglied des rechten Zeigefingers, das mit der vollständigen Sehne und einem Stücke des Muskelbauches des tiefen Fingerbeugers durch eine Maschine herausgerissen wurde.

Herr **Karl Koch** spricht ferner über innere Darmeinklemmung, betonend, dass nur eine frühzeitige operative Behandlung im Stande sei, günstige Resultate zu erzielen. Er erwähnt dabei mehrere Fälle aus seiner Praxis.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 14. December 1895.

Gegen die Laienmassage. — Atrophie der Lidhaut. — Ein Sarkom der Clitoris. — Heilserum gegen Sepsis. — Radicalbehandlung des Lupus. — Carbolinjectionen gegen einzelne Neurosen. — Schilddrüse und weiblicher Genitalapparat.

Die Wiener Aerztekammer wird sich in ihrer nächstwöchentlichen Sitzung abermals mit der Bekämpfung der Laienmassage zu beschäftigen haben. Im Vorstande der Aerztekammer fungirte Prof. Hofmokl als Referent und seine Auseinandersetzungen gipfeln in folgenden Schlusssätzen:

1) Es wäre wünschenswerth, dass die Massage zu Heilzwecken mehr Gemeingut der praktischen Aerzte werde, was bei gegenwärtiger Ermanglung einer derartigen staatlichen Lehranstalt nur durch einen gründlichen privaten Unterricht bei einem in dieser Specialität anerkannten Fachmanne des In- und Auslandes zu erreichen wäre.

2) Die Honoraransprüche für Massage dürften die für gewöhnliche ärztliche Besuche nicht viel übersteigen.

3) Alle, die Massage zu Heilzwecken ausübenden praktischen Aerzte müssten in den amtlichen und nicht-amtlichen Ausweisen über die Aerzte Wiens durch das Wörtchen „Masseur“ deutlich ersichtlich gemacht werden, zur allgemeinen Kenntniss für das hilfesuchende Publicum, sowie auch für jene praktischen Aerzte, welche selbst nicht massiren.

Der Referent schliesst: Nur dann, wenn unser Wollen mit unserem Können in voller Uebereinstimmung steht, kann der sichere Erfolg für die Zukunft auch hierin nicht ausbleiben.

In der am 6. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte stellte Prof. Fuchs ein Mädchen vor, welches mit einer ganz eigenthümlichen Art von Atrophie der Lidhaut behaftet ist. Die Haut ist daselbst ganz dünn, ohne Fältelung oder Runzeln, in der Farbe unverändert, ihre Sensibilität und Temperatur sind normal. Es ist auch Atrophie des subcutanen Bindegewebes da, daher die Anheftung der Haut an ihre Unterlage eine laxe ist. Die Lidhaut hängt wie ein Sack auf die Cilien herab, diese zum Theile verdeckend, daher die Entstellung eine arge ist.

Man kennt diese Fälle, Ammon sprach von einem Epiblepharon, andere Autoren benannten sie Ptosis atonica, oder Ptosis adiposa etc., Letzteres darum, weil zuweilen thatsächlich eine geringe Ptosis mitvorhanden ist. Die Ursache der Affection ist unbekannt, im demonstrirten Falle gehen seit 4 Jahren zeitweilig starke Anschwellungen der Augenlider voran, die wieder schwinden und heute noch in der Umgebung der atrophischen Partien ein leichtes Oedem erkennen lassen. Oft ist wohl auch ein Nerveneinfluss schuld, man hat sodann von einer myopathischen oder angioneurotischen Ptosis gesprochen.

In therapeutischer Hinsicht wurde die Excision einer Falte der überschüssigen Lidhaut geübt, oder man fixirte eine solche Falte einfach an den Tarsalrand. Fuchs selbst hat auch Injectionen von Jodlösungen oder von Alkohol zur Erregung einer adhäsiven Entzündung versucht, ohne jedoch einen besseren Erfolg zu erzielen.

Prof. Chrobak demonstrirte sodann ein anatomisches Präparat, eine exstirpirte Geschwulst der Clitoris, welche Bildung vorerst Jahre lang bestanden hatte, in der letzteren Zeit jedoch plötzlich rasch anwuchs. Man fand als Ursache der rascheren Vergrösserung in der kleinkindskopfgrossen Geschwulst einen nussgrossen Knoten, der ganz eigenthümlich abgecapselt war und sich als Sarkom erwies. Dieser Befund ist ein ungemein seltener, da Sarkome der äusseren Genitalien des Weibes fast gar nicht beschrieben sind. Martin berichtet nur über einen einzigen derartigen Fall, der nach der Operation rasch an Recidive zu Grunde ging.

Weiters referirt Prof. Chrobak kurz über drei Fälle von Sepsis, in welchen das von Dr. Marmorek in Paris (Institut Pasteur) der Klinik zur Verfügung gestellte Serum gegen Streptococcen in Anwendung kam. Drei Beobachtungen lassen noch kein definitives Urtheil zu, sie unterstützen immerhin die Beurtheilung dieses Heilserums. Injicirt wurden jedesmal bis zu 25 oder 30 Cubikcentimeter, wobei vorausgeschickt wird, dass weder eine locale, noch eine besondere allgemeine Reaction darnach beobachtet wurde. Die Fälle waren folgende:

1) Erysipel bei einer Gebärenden. Am dritten Tage nach der Injection Temperaturabfall, später leichte Recidive.

2) Myotomirte Kranke, acute Operations-Sepsis, Injection von 20 und am Tage darnach von 10 ccm Heilserum. Am dritten Tage etablirte sich eine Pneumonie, welche normalen Verlauf nahm.

3) Gebärende, an welcher ausserhalb der Klinik ein nicht indicirter Versuch mit Forceps gemacht wurde, wobei der Arzt den Schädel des Kindes fracturirte. Sofort an Infection gedacht. Thatsächlich Temperatur 41,4 vor Beendigung der Geburt. Bald Schüttelfröste, am fünften Tage 41,6, am sechsten

Tage wiederholt Schüttelfröste. Injection von 25 ccm, Tags darauf noch leichter Schüttelfrost, von da ab rapider Abfall der Temperatur, ruhiger Verlauf. Nach einigen Tagen parametritische Infiltration nachweisbar — was wohl etwas herabstimmte. Weitere Versuche werden folgen, wenn wieder neues Material zur Verfügung stehen wird.

Prof. Lang demonstrirte sodann 2 Fälle, ein Mädchen und eine Frau, bei welchen er einen ausgebreiteten Lupus mittelst Exstirpation und Deckung des Defectes nach Thiersch radical geheilt hat. Im ersten Falle waren beide Hinterbacken, die Rectalschleimhaut, das Perineum und die grossen Labien befallen, die Operation war recht mühsam, die Nachbehandlung schwierig; im zweiten Falle sass der Lupus an beiden Wangen und an der Nase, wesshalb die Nasenspitze und die Nasenflügel frisch gebildet werden mussten. Die Heilung ging in beiden Fällen gleichwohl in zufriedenstellender Weise vor sich.

Schliesslich empfahl Dr. H. Weiss ein von Prof. Benedikt des Oefteren geübtes Verfahren, welches darin besteht, dass man bei Beschäftigungsneurosen (Clavierspielerinnen), Zerrungen etc. an der empfindlichen Stelle der Sehne eine subcutane Injection einer 2 proc. Carbollösung macht. In der grossen Mehrzahl der Fälle heilte die Neurose sofort, oder nach einer zweiten Injection. Dr. Weiss stellte auch eine kleine Patientin vor, welche in dieser Weise (2 Injectionen) von einem schüttelkrampfartigen Tremor der einen Hand geheilt wurde. Die Kranke hatte Schmerzen im betreffenden Carpalgelenke, auch waren einzelne Sehnen sehr druckempfindlich. Die Injectionen wurden an der schmerzhaften Stelle am Handrücken applicirt.

Im Medicinischen Club sprach Dr. Fischer über das Verhältniss der Schilddrüse zu dem weiblichen Genitalapparate. Dass solche Beziehungen bestehen, dass Kropf, Myxödem, Morbus Basedowii, universelle Adipositas beim weiblichen Geschlechte vorwiegen, dass die Schilddrüse in der Pubertät des Weibes anschwillt, dass es dann oft zu wahrer Kropfbildung kommt, all' dies ist nicht neu und bekannt. Ebenso wurde zuweilen beobachtet, dass die Schilddrüse sehr stark anschwillt und sogar operative Maassnahmen erfordert, wenn Gravidität eintritt. Myxödem wurde vielfach bei Multiparen constatirt, die Basedow'sche Krankheit entsteht oder wird durch Schwangerschaft ungünstig beeinflusst.

Da der Hypertrophie eine Atrophie der Schilddrüse folgen kann, so wäre hieraus das Entstehen des Myxödems bei Mehrgebärenden, in derselben Weise das Auftreten dieser schweren Affection im Klimakterium zu erklären. Das Myxödem hat sodann einerseits Amenorrhoe, andererseits Blutungen im Gefolge; stets wird hiebei Genitalatrophie constatirt.

In gleicher Weise wird die Entstehung des Morbus Basedowii mit Genitalerkrankungen in causale Beziehung gebracht; Genitalatrophie ist nicht selten in dessen Gefolge. Der Vortragende stellt folgende zwei Schlusssätze fest:

1) Gewisse Processe im Genitalapparate, z. B. Pubertät, Schwangerschaft, Myome — Processe, welche mit Stoffwechselveränderungen im Gesammtorganismus einhergehen, sind häufig mit hypertrophischen Vorgängen in der Schilddrüse verbunden.

2) Ausfall der normalen Schilddrüsensecretion nach Thyroidektomie, beim Cretinismus, beim Morbus Basedowii und der Adipositas universalis ist häufig von atrophischen Vorgängen im Geschlechtsapparate gefolgt.

In der Discussion wurden einzelne Behauptungen des Vortragenden als nicht sicher hingestellt. So wies Docent Dr. Sternberg darauf hin, dass der Connex zwischen Schilddrüsenschwellung und Menstruation noch nicht über alle Zweifel, dass beim Morbus Basedowii nicht immer Genitalatrophie vorhanden und dass die Beziehungen der letzterwähnten Affection zur Schwangerschaft recht vieldeutig seien.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société Médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 29. November 1895.

Ueber Vergiftungen mit Bismuthum subnitricum.

Gaucher hatte Gelegenheit, im Laufe dieses Jahres 4 Fälle von Wismuthvergiftung durch äussere Anwendung dieses Mittels zu beobachten. Es handelte sich hier theils um Fussgeschwüre, theils um Verbrennungen, wo, besonders bei letzteren, Bismuthum subnitricum in ziemlich grossen Mengen als Streupulver angewendet wurde und in einem der Fälle nach mehrmonatlicher Erkrankung den Tod zur Folge hatte. Die Vergiftungserscheinungen betreffen vor Allem den Verdauungsapparat und zwar tritt stets und zuerst eine Stomatitis von wechselnder Intensität auf; bei der gutartigen Form der Intoxication bildet diese Stomatitis, welche durch starke Betheiligung des Zahnfleisches (Gingivitis) charakterisirt ist, das einzige Symptom. Bei einer zweiten schwereren Form nimmt diese Stomatitis einen chronischen Charakter, zuweilen mit Geschwürsbildung, an; bei der dritten Form endlich ist die Dauer der Mundentzündung eine auf Monate sich erstreckende und mit mehr oder weniger schweren Allgemeinsymptomen, wie Fieber, Erbrechen, Diarrhoe, Albuminurie begleitet. Manchmal geht der Stomatitis ein leichter Speichelfluss, eine erhöhte Empfindlichkeit der Mundschleimhaut voraus, in anderen Fällen beginnt sie ohne Prodrome, der Saum am Zahnfleisch hat Aehnlichkeit mit jenem bei Bleivergiftung, ist jedoch durch seine violette Farbe von diesem zu differenciren. Die Plaques muqueuses an der Mundschleimhaut und der Zunge sind oft so zahlreich, dass sie Störungen im Kauen und dadurch im Allgemeinbefinden verursachen; die Zunge, geschwollen und schmerzhaft, kann kaum zwischen den Zahnreihen hervorgestreckt werden, die Ulcerationen am Gaumensegel und den Mandeln verursachen Näseln und Rauhigkeit der Stimme, und der Speichelfluss kann ein sehr profuser werden. Der Kranke kann unter solchen Umständen sich kaum nähren und magert rasch ab; auch der übrige Theil des Verdauungscanals wird ergriffen, daher Dysphagie, Erbrechen, Diarrhoe. Der Harnapparat wird auch manchmal in Mitleidenschaft gezogen, der Urin nimmt eine schwärzliche Farbe an und man kann in demselben Wismuth nachweisen, ebenso wie in den Fäcalien. Die Möglichkeit nervöser Zufälle ist nach den Untersuchungen von Villejeau und Héret zuzugeben, wenn sie auch hier nicht zur Beobachtung kamen.

Auffallend ist, dass das Bismuthum subnitricum, innerlich in noch so hoher Dosis gegeben, keine Zufälle zur Folge hat, während es, in Berührung mit einer Wunde oder subcutan injicirt, mehr oder weniger schwere Vergiftungserscheinungen hervorruft. Ueber diese verschiedene Wirkungsweise sind mehrere Theorien aufgestellt worden: Nach der Ansicht, welche am wahrscheinlichsten ist, kann der zu schwach sauere Mageninhalt nur eine geringe Menge des Wismuthsalzes lösen, während im Darme andererseits die alkalische Reaction die Resorption erschwert und ausserdem das Salz nur kurze Zeit verweilt, vielmehr schnell in den Fäcalmassen eingehüllt und schliesslich im Ganzen wieder entleert wird. Bei äusserer Application und subcutaner Injection hingegen geht das Wismuthsalz mit dem Eiweiss eine lösliche und daher resorptionsfähige Verbindung ein. Ausser in der Mundhöhle finden sich die pathologisch-anatomischen Veränderungen besonders im Dickdarm abwärts von der Ileocoecalklappe; sie bestehen in schwärzlicher Verfärbung der Schleimhaut, welche an einzelnen Stellen noch deutliche Ekchymosen und manchmal sogar wirkliche Ulcerationen aufweist. Magen und Darm sind mit Galle gefüllt, Leber und Nieren im Zustande der Congestion (Dilatation aller Venen, besonders der Pfortaderäste), in den Nieren manchmal eine wirkliche Glomerulitis. Die verschiedenen Organe enthalten Wismuth in wechselnder Menge; die am meisten ergriffenen sind Milz, Nieren, Speicheldrüsen und Leber.

Hayem wandte oft in Dosen von 10—20 g innerlich das erwähnte Wismuthsalz an und zwar setzte er bei Magengeschwür und Hyperacidität lange die Behandlung damit fort, ohne jemals Zufälle irgend welcher Art zu erleben; in Berührung mit äusseren Wunden muss wohl Bismuthum subnitricum ganz specielle chemische Veränderungen eingehen, um die besprochenen Vergiftungserscheinungen hervorzurufen.

Chauffard hebt, da hier auch von Beingeschwüren die Rede ist, seine seit 5—6 Jahren mit bestem Erfolg geübte Methode hervor, welche darin besteht, die Wunde alle 2—3 Tage mit einfachem Streuzucker und dann mit Guttapercha zu bedecken; jedesmalige antiseptische Reinigung muss natürlich dem Verbande vorausgehen. Ferrand empfiehlt als Mittel gegen Beingeschwüre Zinkoxyd in Glycerinsuspension, während Siredey sehr gute Resultate mit Lösung von Eisencarbonat und gleichzeitiger Ruhelagerung hatte.

Sitzung vom 6. December 1895.

Albert Mathieu liess einen Patienten, mit Hyperacidität und heftigen Schmerzen behaftet, täglich 20 g Bismuthum subnitricum (15 g Morgens und 5 g Abends) nehmen; der Erfolg war ein sehr guter, schmerzstillender und es traten keine Nebenerscheinungen auf, obwohl der Kranke im Laufe mehrerer Monate 1600 g des Medicamentes nahm, das Grundleiden wurde jedoch in keiner Weise modificirt. Atropinum sulfuricum in hoher Dosis, 1/2 mgr während 2—3 Wochen, hat hingegen in manchen Fällen nicht nur die Schmerzen bedeutend vermindert, sondern auch die Hypersecretion und Hyper-

acidität herabgesetzt; es ist nicht unmöglich, dass dieses Mittel bedeutende Besserungen, wenn nicht gar völlige Heilung hervorruft

Hayem bestätigt die Erfahrungen Mathieu's bezüglich der Wismuththerapie, dieselbe ist sehr nutzbringend bei der schmerzhaften Form der Hyperpepsie, der Chemismus des Magens bleibt aber unverändert, d. h. das Mittel wirkt nur symptomatisch auf die Schmerzen, keineswegs auf das Grundleiden. Es hat jedoch den Vortheil, völlig unschädlich zu sein, während das doppelkohlensaure Natron die Krankheit vielmehr unterhält, also mehr Schaden, wie Nutzen bringt. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Harveian Society London.

Sitzung vom 7. November 1895.

Das nervöse Asthma.

Goodhart sprach über die spasmodische Form des Asthma's, welche er als ein rein nervöses Phänomen auffasst. Das Asthma hat seinen Ursprung meist schon in frühem Alter und lässt sich in den ersten Stadien am wirksamsten bekämpfen. In der Behandlung verwirft er die allgemein üblichen Räuchermittel vollständig und empfiehlt für den Anfall selbst nur Morphiuminjection und Chloroforminhalation, zur Hintanhaltung eines drohenden Anfalls erweist sich auch eine Combination von Jodkali mit Lobelia wirksam. Eine rationelle Behandlung des Asthma's erfordert aber ausserdem noch möglichst Bewegung in frischer freier Luft, körperliche Uebungen und entsprechende Diät.

Edward Squire sah gute Erfolge von hohen Jodkalidosen, doch hat das Mittel keinen specifischen Einfluss, da mit Aussetzen desselben auch das Asthma wieder eintritt. Er verweist auf die grosse Anzahl von Asthmafällen nasalen Ursprungs und erwähnt, dass bei Kindern die Entfernung der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum oft die besten Dienste leistet.

Greville Macdonald hat von 30 Asthmafällen 20 durch Localbehandlung der Nase geheilt. Davon waren 4 Fälle von Obstruction der Nase durch Deformitäten des Septums, 6 vasculäre Schwellungen oder Hypertrophien im Bereich der unteren Muscheln, 4 Polypen, 4 adenoïde Granulationen, 2 zeigten die ödematöse Schwellung über dem vorderen oberen Theil der Cartilago triangularis, wie sie sich auch bei den mit Nieskrämpfen Behafteten stets findet.

Eine neue Theorie des Asthma's entwickelt Illingworth. Er betrachtet dasselbe als venöse Congestion mit Ausscheidung von Kohlensäure in die Luftbläschen, daher die kurzen Inspirationen und die stark verlängerten Exspirationen; auch die Erleichterung, welche die Asthmatiker bei Senkung des Kopfes empfinden, lässt sich so erklären, da auf diese Weise der Austritt der specifisch schwereren Kohlensäure erleichtert werde. Er zieht eine Parallele zwischen Asthma und Epilepsie und schliesst in diese Gruppe venöser Störungen auch die Migräne, Angina pectoris u. s. w. Der Theorie entsprechend empfiehlt er an Stelle der üblichen Therapie die Nitrite und Belladonna. Das Asthma bei Heufieber beseitigt er durch Inhalationen und Douchen mit einer 0,1 proc. Hydrarg. bijodat.-Lösung.

Royal medical and chirurgical Society.

Sitzung vom 12. November 1895.

Discussion über die Wichtigkeit der Lagerung bei der Narkose.

F. Hewitt und A. M. Sheild erörterten in ausführlicher Weise die Bedeutung, welche die Lagerung eines in Narkose zu Operirenden für den Chirurgen, den Narcotiseur und den Patienten selbst hat. Die Lage des Kopfes zum Rumpf zur Verhinderung oder Erleichterung der Brechbewegungen und zur ungestörten Thätigkeit der Respiration, Extension, Flexion und Rotation desselben, der Einfluss des Gesetzes der Schwere auf Circulation und Respiration werden besprochen, dann die verschiedenen für bestimmte Operationen angezeigten Körperlagen, so die Seitenlage für Mund- und Nasenoperationen, Empyemoperationen, die Trendelenburg'sche Position, die Knieellenbogenlage u. s. w. Was die Lagerung der Kranken nach beendeter Narkose und Operation betrifft, so empfehlen sie als beste die Seitenlage für alle Fälle, wo durch die Operation selbst keine absolute Contraindication gegeben ist, ebenso zur Einleitung der Narkose.

In der nun folgenden interessanten Discussion bestreitet zunächst R. Gill, dass die Lage irgend einen Einfluss auf den Verlauf der Operation haben könne, er habe beinahe in jeder Körperposition mit Erfolg operirt, ohne je schlimme Folgen gesehen zu haben.

Scanes Spicer führt auf das Gebiet, für welches die Lagerung speciell in Frage kommt, auf das der Laryngologie. Im Allgemeinen zieht er die locale Anästhestie durch Cocaïn vor; muss aber narkotisirt werden, so ist die sitzende Stellung für den Operateur wenigstens die zweckmässigste. Während bei Erwachsenen für diese Lage Stickoxyd und Aether als die besten Anaesthetica empfohlen sind, hat er bei Kindern wenigstens auch von Chloroform, selbst wenn über 1/2 Stunde lang gegeben, nichts Nachtheiliges gesehen. Für Kehlkopfoperationen speciell ist die Trendelenbur g'sche Lagerung die beste.

Spencer Watson und Semon sprechen ebenfalls vom laryngologischen Standpunkt. Ersterer verwirft das Chloroform ganz und hält sich möglichst an die locale Anästhesie. Letzterer macht auf die bei Kropfgeschwülsten oft bestehenden Veränderungen in der Trachea aufmerksam und die Gefahr, bei Drehung des Kopfes nach der Seite die Luftröhre abzuknicken und Suffocation herbeizuführen. Bei Operation von adenoïden Wucherungen soll die Narkose nur so weit geführt werden, dass der Laryngealreflex erlischt, um Aspiration zu vermeiden.

Sansom erwähnt die Untersuchungen von Leonard Hill, wonach das Chloroform die Vasoconstrictoren des Splanchnicus lähmt und so die Compensation von Seite der Intraabdominalgefässe aufhebt. Auch die Untersuchungsresultate der Hyderabad-Commission, die speciell zur Prüfung der Anaesthetica aufgestellt wurde, werden angezogen. Die Anwendung des Chloroforms wird unter Beobachtung der gewöhnlichen Vorsichtsmaassregeln, wozu auch die Lagerung des Patienten auf den Rücken gehört, als unschädlich erachtet.

Leonard Hill erklärt als Physiologe den Chloroformtod als Herztod. Die Respiration bleibt nach Eintritt der Herzlähmung noch einige Zeit in Thätigkeit. Bei der Aethernarkose ist Herztod ausgeschlossen und Störungen der Respiration sind nicht gefährlich, so lange das Herz noch kräftig arbeitet. Zur Wiederbelebung der erloschenen Herzthätigkeit ist das Beste rhythmische Compression des Herzens. Eine Compression des Abdomens bewirkt nur Erhöhung des Blutdrucks und hilft nur bei gewöhnlicher Synkope. F. L.

Jahresbericht des ärztlichen Bezirksvereins für Südfranken vom Jahre 1894.

Nach der bisherigen Gepflogenheit fanden jeden Monat Versammlungen statt: 2 Tagesversammlungen im Mai und October zu Gunzenhausen; 10 Abendversammlungen in Gunzenhausen, Pleinfeld, Treuchtlingen, Schwabach, Wassertrüdingen und Weissenburg. Der Besuch derselben war immer ein erfreulicher und die Verhandlungen anregend und belehrend durch zahlreiche Mittheilungen aus der ärztlichen Praxis, sowie durch Discussionen über wissenschaftliche und Standesfragen.

In der Mai-Tagesversammlung hielt Diem-Thalmässing einen Vortrag über Jodoformgaze-Tamponade in der Geburtshilfe, in der October-Tagesversammlung Lochner-Schwabach über Verhütung von Infectionskrankheiten nach Gärtner's Abhandlung aus Penzoldt's Handbuch der speciellen internen Therapie, Dörfler-Weissenburg über die Serumtherapie, Meyerson-Treuchtlingen über Behandlung der Unterschenkelfracturen im Umhergehen nach Krause.

In den Abendversammlungen hielten grössere Vorträge Dr. Bauer-Nürnberg über Nase und Hals in ihrer Beziehung zu Allgemeinerkrankungen, Raab-Roth über die Serumtherapie bei Diphtherie, ausserdem fanden Besprechungen über Krankencassenverhältnisse, Unfallversicherung, Standesfragen u. dergl. statt, die meiste Zeit aber nahmen Mittheilungen aus der ärztlichen Praxis in Anspruch. Von den ausgedehnteren Discussionen seien folgende erwähnt: Ueber Herniotomie (Dörfler, Mehler, Eidam), über Cerebrospinalmeningitis (Dörfler, Diem, Günther, Lochner), über Uterustamponade (Diem, Dörfler, Mehler, Bischoff, Eidam), über Granulationsgeschwülste nach Tracheotomie (Dörfler, Mehler, Eidam, Dietsch), über Tetanus traumaticus (Schülein, Mehler, Dörfler, Lochner, Schütz, Heckel), über Desinfection der Hände in der Geburtshilfe (Lochner, Dietsch, Eidam, Dörfler, Jacob, Schütz), über Unfallentschädigung bei Hernien (Eidam, Mehler, Raab, Braun, Dörfler), über die freie Arztwahl (Lochner, Raab, Eidam).

Von Mittheilungen casuistischer Fälle seien die folgenden in Kürze erwähnt:

Becker-Wassertrüdingen: Osteotomie bei Osteomyelitis.

Dietsch-Dinkelsbühl: Ueber 3 Typhusepidemien in Dinkelsbühl mit Einzeichnung derselben in den Stadtplan nach den befallenen Häusern.

Dörfler-Weissenburg: Herniotomie einer gangränösen Leistenhernie, Darmresection nach 4 Tagen, Heilung. — 3 Laparotomien: a) bei tuberculöser Peritonitis, Heilung, Tod nach 1/4 Jahr an Lungentuberculose, b) wegen Gallensteinen trichterförmige Annähung eines abgelösten Peritonealllappens an die eröffnete Gallenblase, c) Probeincision bei inoperablem Ovarialcystosarkom. — Fall von Elephantiasis teleangiectodes des ganzen linken Beines bei einem neugeborenen Kinde. — Laparotomie wegen Leberabscesses (Gallensteine in der Leber, Entleerung derselben), Tod an Peritonitis. — Alter Empyemfall, von der linken Lunge nur ein daumengrosser Rest auf der Wirbelsäule, an dieser rechts das Herz, Resection des ganzen linksseitigen Thorax nach Schede, Tod nach 24 Stunden an Collaps. — Tracheotomie wegen diphtheritischer Larynxstenose, später Laryngotomie und Exstirpation eines Granulomes aus dem Kehlkopfinneren wegen Unmöglichkeit des Decanulements. — Mehrere Fälle von Heilserumbehandlung der Diphtherie. — Bericht über eine heftige Masernepidemie.

Eidam-Gunzenhausen: Sectionsbericht über einen Fall von tödtlicher Blutung aus einem Varix des Oesophagus bei cirrhotischer und luetischer Leber. — Exstirpation eines Adenosarkoms am Hoden, Heilung, Tod am 9. Tag an allgemeiner Entkräftung (Metastasen in der Lunge). — Tuberculöser Abscess in der rechten Hirnhemisphäre

bei einjährigem Kind mit Durchbruch am Rand der grossen Fontanelle, Tod. — Ueber die Begutachtung der durch Unfall entstandenen Hernien.

Eisenstädt-Pappenheim: Bericht über zahlreiche Fälle von Heilserumbehandlung der Diphtherie.

Heckel-Triesdorf: Bericht über eine heftige Diphtherieepidemie. — Mehrere Fälle von Seruminjection bei Diphtherie.

Lochner-Schwabach: Plötzlicher Tod eines 60jährigen Mannes durch Herzlähmung bei sehr starkem Bronchialkatarrh, Sectionsbericht.

Mehler-Georgensgemünd: Laparotomie wegen innerer Darmeinklemmung, Heilung, Tod am 17. Tag durch Pneumonie. — Theilweise Magenresection wegen Carcinoms, Naht zwischen Magenrest und Duodenum, Tod nach 11 Stunden. — Stich in die Lebergegend, subperiostale Resection zweier Knorpel, Vernähung der Leberwunde, Entfernung von 1½ Liter Blut aus dem Abdomen, Demonstration des geheilten Patienten. — Demonstration eines von Mehler erfundenen kleineren Sterilisirapparates für die Sprechstunde und für die geburtshilflichen Instrumente.

Raab-Roth: Erster Fall von Heilserumbehandlung bei Diphtherie.

Schülein-Wassertrüdingen (inzwischen gestorben): Zwei letal verlaufende Fälle von Tetanus traumaticus. — Fall von acuter Osteomyelitis des linken Oberschenkels.

Schütz-Spalt: Ein tödtlicher Fall von Tetanus traumaticus.

Weinig-Schwabach: Mehrere Heilseruminjectionen bei Diphtherie.

Die Zahl der Vereinsmitglieder betrug 45; Vorsitzender: Lochner-Schwabach, Schriftführer: Eidam-Gunzenhausen, Cassier: Bischoff-Gunzenhausen.

Gunzenhausen, im December 1895.

Bezirksarzt Dr. Eidam.

Verschiedenes.

(Mädchenerziehung.) Der bekannte englische Gynäkologe Playfair äussert sich zur Frauenfrage, indem er vor Allem die Wichtigkeit der sexuellen Functionen für die Erziehung und den Beruf der Frau betont. Die Vorgänge in der Geschlechtssphäre, die stete Thätigkeit der reproductiven Organe des Weibes und besonders ihre äussere Erscheinung, die Menstruation beherrschen das ganze Leben der Frau. Eine Vernachlässigung dieser Functionen, eine Ausserachtlassung dieser sexuellen Bedingungen, unter denen das Weib arbeitet, rächt sich stets. Besonders in der wichtigen Periode der Entwickelung sind sie am meisten zu überwachen, und gerade da wird am meisten gesündigt. Nur eine regelmässige Entwicklung macht das Weib fähig, den Kampf, den ihre Constitution, ihr Nervensystem mit den vielen Mühen und Sorgen, welche ihre dreifache Stellung als Mensch, Hausfrau und Mutter mit sich bringt, mit Erfolg aufzunehmen. Man ist zu sehr geneigt, Unregelmässigkeiten im Eintritt und Verlauf der Periode leicht zu nehmen, mit Unrecht. Die besonders in den bessern Classen so häufige Nervosität und Widerstandslosigkeit der jungen Frauen ist eine Folge dieser Erziehungsfehler. P. verlangt vor Allem Rücksichtnahme darauf in dem Studiengang der Mädchen, Verminderung der Anzahl der Unterrichtsstunden und Aufnahme körperlicher Uebungen in ausreichendem Maasse in das Programm, sowie ein Aussetzen anstrengender Beschäftigung während der Menses; bei grösseren Störungen in der Entwicklung ist ein völliges Aussetzen des Studiums nothwendig. Das Corset verwirft er bei den heranwachsenden Mädchen gänzlich. Diese nämlichen Gesichtspunkte, welche einen Unterschied in der Erziehung der beiden Geschlechter bedingen, gelten auch für die Frauenarbeit und das Frauenstudium. F. L.

(Kalender pro 1896.) Der „Medicinal-Kalender für den preussischen Staat", bearbeitet von Medicinal-Rath Dr. A. Wernich (Verlag von A. Hirschwald) hat sich in seiner neuen Ausgabe wenig verändert. Das Taschenbuch ist durch Verwendung leichteren Papiers im textlichen Theil noch etwas schlanker gemacht worden. Die II. Abtheilung enthält wieder die Verfügungen und Personalien des Civil- und Militär-Medicinalwesens sämmtlicher deutschen Staaten. — Durch elegante äussere Ausstattung bei Reichhaltigkeit und glücklicher Auswahl des Inhaltes zeichnet sich aus der „Medicinal-Kalender und Recepttaschenbuch" von Dr. H. Lohnstein (Verlag der Allg. med. C.-Ztg.).

Therapeutische Notizen.

(Die Verordnung von Sennesblättern bei Kindern.) Bekanntlich ist es häufig schwierig, Kindern Abführmittel beizubringen. Die „Therapeut. Monatshefte" (December) bringen desshalb eine Vorschrift Schoenlein's in Erinnerung, welche gänzlich in Vergessenheit gerathen zu sein scheint. Die gepulverten Sennesblätter werden mit Pflaumen und der nöthigen Menge Wasser gekocht. Nach dem Kochen wird die erhaltene Brühe durch einen Durchschlag gerieben. Diese Pflaumensuppe wird von Kindern gerne und ohne zu wissen, dass sie Arznei bekommen, genommen und wirkt sehr prompt.

(Ausspülungen in der gynäkologischen Behandlung.) Strassmann, Assistenzarzt der gynäkologischen Universitäts-Poliklinik der Charité in Berlin, gibt am Schlusse eines Artikels über dieses Thema (Therapeut. Monatshefte, December) folgende Uebersicht über die von ihm angegebenen Indicationen und Mittel:

1. Bei gesunden Genitalorganen Ausspülungen unnöthig (Menstruation, Cohabitation, Schwangerschaft). Dafür äussere Waschungen.

2. Reinigende Ausspülungen (lauwarm) bei Fremdkörpern (Pessaren) in der Scheide. Auch während der Menstruation.

3. Heisse Ausspülungen (40—45 bis 50° C.). Zusätze: die verschiedenen Salze (1 Hand voll auf 1 Liter), Mutterlaugen, Jodtinctur (1—2 Theelöffel)

a) bei Amenorrhoe (Ausnahme: junge in der Entwicklung begriffene Mädchen), Lactationsatrophie, vorzeitigem Climacterium;

b) bei mangelhafter Involution, bei chronischer Metritis;

c) bei Exsudaten (Vorsicht bei Perimetritis). Wenn Fieber vorhanden ist, befördern die heissen Ausspülungen nicht die Resorption, sondern den Durchbruch des Exsudates;

d) bei chronischen Adnexerkrankungen (für sich oder als Unterstützung bei Tampon- oder Massagecuren);

e) zur Blutstillung bei profuser Menstruation, Endometritis, Myomen etc. und sog. secundären Uterusblutungen. (Zusatz: Acid. tannic. 1 Esslöffel.)

4. Kalte Ausspülungen nur ausnahmsweise zur Blutstillung an Stelle der heissen. Bei blutenden Carcinomen vorzuziehen.

5. Medicamentöse Spülungen.

a) Scheidenerkrankungen:

α) bei „trockenem" Katarrh (Seborrhoea vaginae) die schleimlösenden Mittel Soda, Natron bicarbonicum (1 Esslöffel), Lysol (5—10 g);

β) bei eitrigem Katarrh: Holzessig (zwei Esslöffel, senile Colpitis), Zinc. sulfuricum (1 Esslöffel), Solveol (1 bis 2 Theelöffel), Sublimat (1:1000, zu Händen des Arztes);

γ) bei Scheidenwunden: Kalium hypermangan. (1 Messerspitze) (Decubitus), Acid. tannic. (1 Esslöffel), Acid. boric. (1 Esslöffel);

b) bei Portio- und Cervixerkrankungen (Erosio, Ectropion, Catarrhus) Holzessig (2 Esslöffel), Solveol (1—2 Theelöffel), Formalin (10 proc. Lösung, 1 Esslöffel);

c) bei Cervix- und Corpuskatarrh: zur Lösung und Fortschaffung des Secrets (Soda, Natron, Lysol), neben localer Behandlung. Keine Ausspülungen bei dem Fluor der Anämischen, bei mangelhafter Entwickelung, sondern allgemeine Therapie;

d) bei Gonorrhoe: Im acuten Stadium (Urethritis, Vulvitis) keine Aus-, sondern Abspülungen (Zinc. sulf.), ebenso bei Endometritis erst im chronischen Stadium Ausspülungen. — Bei Vaginitis: Solveol. — Sublimat nie bei Schwangeren. — Bei acuten Adnexentzündungen und schmerzhaften chronischen keine Ausspülungen;

e) bei Jauchung: Creolin (1—2 Theelöffel). — Bei malignen Processen sind die Ausspülungen möglichst bald durch Trockenbehandlung (Jodoformgaze) zu ersetzen.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 17. December. Unter dem Namen „Biologische Abtheilung des Aerztlichen Vereins Hamburg" hat sich innerhalb des grossen Hamburger ärztlichen Vereins eine Section gebildet, welche sich die Erörterung physiologischer, pathologischer, mikroskopischer und bakteriologischer Fragen in Vorträgen, Demonstrationen und Discussionen zur Aufgabe stellt. Der neuen Vereinigung gehören fast alle Aerzte der Hamburger Krankenhäuser und Leiter wissenschaftlicher Institute an. Vorsitzende sind Dr. Unna und Prof. Lenhartz. Durch Beschluss der Vereinigung wurde die Münchener medicinische Wochenschrift als officielles Publicationsorgan bestimmt.

— Die rheinische Provincial-Irrenpflege, deren Unzulänglichkeit gelegentlich des Processes Mellage zu Tage getreten ist, soll jetzt einer Reform unterzogen werden. Bisher wurde bekanntlich von der Provinz ein grosser Theil der Geisteskranken den Genossenschaftsanstalten, von denen Mariaberg ein Typus ist, überwiesen und dadurch die Nothwendigkeit des Baues neuer Provincial-Irrenanstalten umgangen. Nach den Vorschlägen, die Landesdirector Dr. Klein der vom Provincialausschuss eingesetzten Commission zur Berathung der für die rheinische Irrenpflege nothwendigen Neuerungen gemacht hat, soll jetzt mit dem Bau neuer Provincialanstalten vorgegangen werden, wenn auch die Benützung der Genossenschaftsanstalten vorläufig noch nicht ganz aufgehoben wird; ferner werden Neuerungen in Bezug auf das Wartpersonal, den ärztlichen Dienst, die Aufsicht ins Auge gefasst. Im Einzelnen schlägt Dr. Klein vor: 1) Ersatz der zur Zeit pachtweise benützten Anstalt Mariaberg durch Errichtung von zwei Heilanstalten nach dem Villen- oder Coloniesystem; 2) Entlastung der Provincial-Heil- und Pflegeanstalten von störenden Elementen, wie irren Verbrechern, sowie gänzlich hilflosen und siechen Kranken durch Errichtung einer besonderen Irrenstation in Verbindung mit der Anstalt zu Brauweiler und Ueberweisung der hilflosen und siechen Geisteskranken an Privat- oder Genossenschaftsanstalten. 3) Hebung des Wärterstandes durch Erhöhung des Lohnes, stete Steigerung, Gewährung des Pensionsanspruches, Schutz gegen die im Dienste erlittenen Unfälle, Gewährung der Möglichkeit der Verheirathung für erprobte Wärter durch die Ablösung der freien Verpflegung in Geld. 4) Vermehrung des Aerztepersonals. 5) Anstellung eines erfahrenen Irrenarztes bei der Hauptstelle der Provincialverwaltung, der, dem Landesdirector zugeordnet, die Aufsicht über die gesammte Provincialirrenpflege führen soll. Die Durchführung dieser

Vorschläge wird nach Dr. Klein's Berechnung einen jährlichen Kostenaufwand von 400000 bis 500000 M. erheischen.

— Nachdem zur ostafrikanischen Schutztruppe die Anmeldungen von Aerzten und Lazarethgehilfen bisher so wenig zahlreich eingingen, dass der vorhandene Bedarf nicht gedeckt werden konnte, findet gegenwärtig bei verschiedenen deutschen Truppentheilen eine Umfrage nach solchen Aerzten und Lazarethgehilfen statt, die sich freiwillig zum Eintritt in die deutsch-ostafrikanische Schutztruppe melden wollen.

—§ Die Baseler naturforschende Gesellschaft hat den praktischen Arzt Dr. Karl Sudhoff in Hochdahl bei Düsseldorf in Anerkennung seiner Verdienste um die Paracelsus-Forschung durch Veröffentlichung des ersten Bandes der Bibliographia Paracelsica zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt.

— Professor Leuckart ist aus Anlass seines 50jährigen Doctor-Jubiläums zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft zur Förderung der gesammten Naturwissenschaften zu Marburg, der deutschen Zoologen-Gesellschaft und der Pariser Akademie der Wissenschaften ernannt worden.

— Von deutschen Städten über 40000 Einwohner hatten in der 48. Jahreswoche, vom 24.—30. November 1895 die grösste Sterblichkeit Rixdorf mit 36,1, die geringste Sterblichkeit Remscheid mit 4,5. Die Sterblichkeit betrug in der Berichtswoche nur in 2 Städten über 30, nur in 18 Städten über 20, dagegen in 6 Städten weniger als 10 Todesfälle pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Elberfeld und Mülhausen i. E.; an Diphtherie und Croup in Bonn, Brandenburg, Mannheim, Zwickau.

(Universitäts-Nachrichten.) **Breslau.** Der bisherige Privatdocent Prof. Dr. Hürthle zu Breslau ist zum ausserord. Professor in der medicinischen Facultät der dortigen Universität ernannt worden. — **Heidelberg.** In der medicinischen Facultät habilitirte sich Dr. Gustav Aschaffenburg für Psychiatrie. Seine Antrittsvorlesung handelte über circuläres Irresein. — **Strassburg.** Prof. A. Wolff, Director der Klinik für Haut- und verwandte Krankheiten an der Universität Strassburg, hat einen Ruf an die Universität Leipzig erhalten. — **Tübingen.** Prof. Dr. v. Hüfner (physiol. Chemiker) hat einen Ruf nach Strassburg an Stelle des verstorbenen Prof. Hoppe-Seyler erhalten. — An der hiesigen Hochschule befinden sich im laufenden Winterhalbjahre 1138 Studirende (gegen 1164 im Wintersemester 1894/95). 206 studiren Medicin.

Krakau. Die ordentliche Professur für Augenheilkunde an der Universität wurde dem Augenarzte Prof. Dr. Wicherkiewicz in Posen übertragen. — **Paris.** Der grosse Diphtheriepreis von 50000 Fr. wurde von der Akademie der Wissenschaften zur Hälfte dem Prof. Behring, zur anderen Hälfte dem Prof. Roux in Paris zugesprochen.

(Todesfall.) In Rostock ist Prof. von Brunn, Director des anatomischen Instituts, gestorben.

Personalnachrichten.

Bayern.

Gestorben. Der k. Bezirksarzt a. D. Dr. Wilhelm Wolf in Bayreuth.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 49. Jahreswoche vom 1. bis 7. December 1895.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 11 (11*), Diphtherie, Croup 60 (45), Erysipelas 10 (12), Intermittens, Neuralgia interm. — (—), Kindbettfieber 4 (5), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 371 (362), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 2 (3), Parotitis epidemica 17 (14), Pneumonia crouposa 19 (19), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 40 (27), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 31 (45), Tussis convulsiva 12 (15), Typhus abdominalis — (4), Varicellen 22 (42), Variolois — (—). Summa 599 (604). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 49. Jahreswoche vom 1. bis 7. December 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern 3 (7*), Scharlach 2 (2), Diphtheritis und Croup 8 (4), Rothlauf — (1), Kindbettfieber 4 (—), Blutvergiftung (Pyämie etc.) — (—), Brechdurchfall 1 (1), Unterleibtyphus 1 (—), Keuchhusten — (1), Croupöse Lungenentzündung 2 (3), Tuberculose a) der Lungen 20 (16), b) der übrigen Organe 8 (5), Acuter Gelenkrheumatismus — (3), Andere übertragbare Krankheiten 3 (5), Unglücksfälle 1 (1), Selbstmord — (—), Tod durch fremde Hand — (—), Sonstige Todesursachen 4 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 188 (181), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 24,7 (23,8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 16,1 (14,8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 14,3 (11,5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Amtlicher Erlass.

An die kgl. Regierungen, Kammern des Innern, die kgl. Polizeidirection München und die sämmtlichen Districtsverwaltungsbehörden.

(Die Verhältnisse der Privatirrenanstalten betr.)

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Im Anschlusse an die Ministerialentschliessung vom 1. Januar l. Js. „die Unterbringung von Blödsinnigen und Geisteskranken in Irrenanstalten und deren sonstige Verwahrung nach Art. 80 Abs. II des P.-St.-G.-B. vom 26. December 1871 betr" — Ministerial-Amtsblatt 1895 S. 2 ff. — und an die Ministerialentschliessung vom 9. November l. Js. „die Aenderung der Statuten der Kreisirrenanstalten betr." hat das k. Staatsministerium des Innern auch die Verhältnisse der Privatirrenanstalten näherer Würdigung unterzogen.

Nachstehend folgen zunächst die leitenden Gesichtspunkte, an welchen hinsichtlich der Anlage und des Betriebes solcher Anstalten im öffentlichen Interesse und im Interesse des Rechtsschutzes ihrer Pfleglinge festzuhalten ist.

Daran schliessen sich Directiven für die Anwendung dieser Grundsätze, sowohl in den Fällen der Errichtung neuer als auch bei Controle bereits bestehender Privatirrenanstalten.

I.

§ 1. Die bauliche Anlage wie die durch den speciellen Anstaltszweck bedingten sonstigen Einrichtungen der Privatirrenanstalten sollen im Wesentlichen jenen Anforderungen entsprechen, welche an öffentliche Kranken- bezw. an die Kreisirrenanstalten gestellt werden.

§ 2. An jeder Privatirrenanstalt ist der irrenärztliche Dienst von einem verlässigen, approbirten, fachmännisch gebildeten, durch mehrjährige Thätigkeit an öffentlichen oder grösseren Privatirrenanstalten erprobten Irrenarzte zu leiten. Jeder Wechsel in dieser ärztlichen Leitung ist vom Unternehmer der vorgesetzten Districtspolizeibehörde, in München der k. Polizeidirection, anzuzeigen.

§ 3. Dem Anstaltsleiter muss das erforderliche Personal an Hilfsärzten zur Seite stehen. Die Hilfsärzte haben neben persönlicher Unbescholtenheit entsprechende theoretische, die zu Stellvertretern von Anstaltsleitern bestimmten auch hinreichende praktische Ausbildung für den irrenärztlichen Beruf nachzuweisen.

Anstaltsleiter und deren Stellvertreter müssen in dem Anstaltsgebäude Wohnung nehmen.

§ 4. Neben dem ärztlichen ist auch das nothwendige Pflegepersonal an geschulten, zuverlässigen und unbescholtenen Wärtern und Wärterinnen aufzustellen und für sofortige Entlassung unzuverlässiger und sonst ungeeigneter Elemente aus dem Pflegepersonal Sorge zu tragen.

Bei der Pflege weiblicher Geisteskranker dürfen männliche Personen auch nicht aushilfsweise verwendet werden, ebenso ist die Verwendung von Personen, welche dem Anstaltsleiter weder dienstlich untergeben sind, noch zu seiner Familie gehören, bei der Pflege, Beaufsichtigung und Beschäftigung der Kranken untersagt.

§ 5. Der Anstaltsbetrieb ist durch Satzungen, Kost- und Hausordnung und durch Dienstanweisungen für Aerzte, Pflege- und sonstiges Anstaltspersonal zu regeln. Die Satzungen und die übrigen obengenannten allgemeinen Betriebsvorschriften unterliegen der Genehmigung der vorgesetzten Districtspolizeibehörde.

Für die satzungsmässige Regelung der Aufnahme und Entlassung der Pfleglinge sind die in der Anlage abgedruckten „Bestimmungen über Aufnahme und Entlassung der Pfleglinge der Privatirrenanstalten" maassgebend.

Die sonstigen Satzungsbestimmungen, namentlich jene über den Aufenthalt der Kranken in der Anstalt und über ihre Behandlung während desselben, über die Disciplin, die Mitwirkung der Anstaltsleitung bei der Entmündigung der Pfleglinge, die Beurlaubung derselben etc. sind thunlichst den Satzungen der Kreisirrenanstalten anzupassen.

§ 6. Der Personalstand an Pfleglingen ist fortwährend evident zu halten.

Zu diesem Zwecke ist für sämmtliche Pfleglinge ein Hauptbuch nebst Zugangs- und Abgangsliste zu führen.

Ausserdem ist für jeden Pflegling eine genaue Krankengeschichte zu fertigen und ein Personalact anzulegen, welcher den Nachweis über ordnungs- und satzungsgemäss erfolgte Aufnahme und Entlassung des Pfleglings, sowie die Satzungsliste zu, während seines Aufenthalts angefallenen Actenstücke zu enthalten hat.

II.

§ 7. Gemäss § 30 der Reichsgewerbeordnung und § 10 der Allerhöchsten Verordnung vom 29. März 1892 „den Vollzug der Reichsgewerbeordnung betreffend" sind zur Ertheilung der Concessionen für Unternehmer von Privatirrenanstalten die Districtsverwaltungsbehörden, in München die k. Polizeidirection, zuständig.

Bei Würdigung der Gesuche um Ertheilung solcher Concessionen haben diese Behörden neben der Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen für die etwaige Versagung der Concession die Sachinstruction auch auf jene Punkte zu erstrecken, welche den vorhergehenden Paragraphen zufolge vom Standpunkte des öffentlichen Interesses für die Genehmigung der Gesuche in Betracht gezogen werden müssen.

Demgemäss ist über die bauliche Anlage und die für den speciellen Anstaltszweck erforderlichen Einrichtungen, über die Maximal-

zahl der Kranken und Betten in jeder Abtheilung und in den einzelnen Zimmern der Abtheilungen, über die Befähigung des Anstaltsleiters und der Hilfsärzte, über die erforderliche Anzahl des ärztlichen und des Wärterpersonals, über die Satzungen und Regulative (§ 5) ausser dem k. Bezirksarzte auch der Director der einschlägigen Kreisirrenanstalt gutachtlich einzuvernehmen.

§ 8. Wird die Genehmigung ertheilt, so sind die nach dem Ergebnisse der Sachinstruction erforderlichen besonderen Anordnungen zu treffen, bezw. dem Unternehmer die etwaigen besonderen Verpflichtungen im Beschlusse aufzulegen.

Ausserdem ist dem Unternehmer und Anstaltsleiter wegen Erfüllung der ihnen nach Ziffer I gegenwärtiger Entschliessung obliegenden allgemeinen Verbindlichkeiten geeignete Weisung zu ertheilen.

III.

§ 9. Die Privatirrenanstalten sind alljährlich öfteren unvermutheten Visitationen durch die zuständige Districtspolizeibehörde, bezw. die k. Polizeidirection, gemeinschaftlich mit dem k. Bezirksarzte zu unterziehen.

Ausserdem wird die zuständige k. Kreisregierung, Kammer des Innern, die Anstalten periodischen Besichtigungen durch den k. Kreismedicinalrath unterstellen.

Die Beiziehung eines erfahrenen Irrenarztes zu allen Visitationen ist, wo sie ohne unverhältnissmässige Schwierigkeiten ausführbar ist, nicht zu unterlassen.

§ 10. Die Visitation soll sich auf die Controle der Erfüllung der dem Unternehmer, bezw. Leiter durch die Concessionsurkunde und durch Ziffer I gegenwärtiger Entschliessung auferlegten Verpflichtungen, dann auf die sonstigen baulichen, sanitären, ökonomischen und administrativen Verhältnisse der Anstalt erstrecken; nicht minder ist, wo Veranlassung besteht, dem Rechtsschutze der Pfleglinge, zumal durch Intervention behufs Erwirkung einer gerichtlichen Entscheidung über deren Geisteszustand, die gebührende Bedachtnahme zuzuwenden.

Ueber das Visitationsergebniss ist dem Unternehmer Bescheid zu ertheilen und demselben zum Vollzuge der getroffenen Anordnungen unter Vorbehalt des Beschwerderechts eine angemessene Frist zu setzen.

Im Ungehorsamsfalle ist, sofern die Nichtbefolgung oder Abweichung von zulässigen Concessionsbedingungen in Frage steht, (§ 30 Abs. 1 mit § 147 Ziff. 1 der Reichsgewerbeordnung) Strafeinschreitung zu veranlassen; jedenfalls ist wegen etwaiger Zurücknahme der ertheilten Concession nach Maassgabe des § 53 Abs. 2 der Reichsgewerbeordnung und § 24 Abs. 2 der Allerhöchsten Verordnung vom 29. März 1892 „den Vollzug der Reichsgewerbeordnung betr." weitere Einleitung zu treffen.

München, 3. December 1895.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der Generalsecretär:
v. Kopplstätter, Ministerialrath.

Anlage.

Vorschriften über Aufnahme und Entlassung der Pfleglinge der Privatirrenanstalten.

§ 1. Zur Aufnahme eines Pfleglings in eine Privatirrenanstalt ist in allen Fällen, in welchen die Unterbringung eines Geisteskranken nicht im Zwangswege durch eine Districtspolizeibehörde verfügt wurde, (Art. 80 Abs. 2 und 81 des Polizeistrafgesetzbuches) von dem Anstaltsleiter die Genehmigung der vorgesetzten Districtspolizeibehörde, bezw. der k. Polizeidirection einzuholen.

§ 2. Zu diesem Behufe hat der Anstaltsleiter das Aufnahmsgesuch der genannten Behörde vorzulegen und die nachstehenden Belege beizugeben:

a) einen amtlichen Nachweis über Namen und Stand, Familienverhältnisse, Heimath und Staatsangehörigkeit des Pfleglings,

b) ein Geburts- bezw. Taufzeugniss,

c) eine Constatirung des gestörten Geisteszustandes der aufzunehmenden Person, verfasst von einem amtlichen deutschen Arzte und gestützt auf persönliche, innerhalb der letzten 4 Wochen vor Stellung des Gesuches vorgenommene Untersuchung von Seite des Zeugnissausstellers,

d) eine Constatirung gleichen Inhaltes von Seite der Districtspolizeibehörde des letzten Aufenthaltsortes der aufzunehmenden Person, gegründet auf selbständige von dem ärztlichen Zeugniss unabhängige Erhebungen des beurkundenden Beamten,

e) die zustimmende Erklärung des gesetzlichen Vertreters, bezw. Vormundes der aufzunehmenden Person; in Ermanglung eines gesetzlichen Vertreters, bezw. Vormundes die zustimmende Erklärung der nächsten Angehörigen (Ehegatten, Ascendenten, Descendenten, und in Ermanglung solcher, volljährigen Geschwister).

Der Anstaltsleitung bleibt die Anordnung weiterer Belege anheimgegeben.

§ 3. Die zuständige Behörde (§ 1) entscheidet über die Zulässigkeit der Aufnahme nach Einvernahme des Bezirksarztes.

Sie kann dabei von der Beibringung einzelner Belege ganz oder zeitweise absehen.

Sie wird ferner von der ertheilten Aufnahmegenehmigung, soweit die Voraussetzungen der Ziffer 4 der Ministerialentschliessung vom 1. Januar 1895 „die Unterbringung von Blödsinnigen und Geisteskranken etc. betr." — Ministerial-Amtsblatt S. 2 ff. — zutreffen, den Staatsanwalt des einschlägigen Landgerichtes verständigen.

Besteht Gefahr auf Verzug oder meldet sich ein Kranker freiwillig zum sofortigen Eintritte, so kann der Anstaltsleiter die provisorische Aufnahme des Kranken vorbehaltlich der nachträglichen Beibringung der erforderlichen Belege anordnen.

Von jeder provisorischen Aufnahme ist die zuständige Behörde (§ 1) binnen 24 Stunden zu verständigen.

Letztere wird, sofern der unter § 2 c erwähnte Beleg mangelt, die sofortige, wenn nöthig wiederholte Untersuchung des Kranken durch den zuständigen Amtsarzt und die Erstattung eines Gutachtens von Seite desselben veranlassen und mit thunlichster Beschleunigung über die definitive Aufnahme Entscheidung treffen.

Tritt ein Pflegling erst nach ertheilter Aufnahmegenehmigung ein, so ist sein Eintritt der Aufsichtsbehörde (§ 1) binnen 8 Tagen durch die Anstaltsleitung anzuzeigen.

§ 4. Die Entlassung eines Pfleglings aus der Anstalt hat vorbehaltlich der Bestimmungen des § 5 zu erfolgen:

a) wenn die freiwillig eingetretene Person ihren Austritt erklärt,

b) wenn der Pflegling genesen ist oder nicht als geisteskrank befunden wurde,

c) wenn der gesetzliche Vertreter, bezw. Vormund, oder in Ermangelung dieser die nächsten Angehörigen (§ 2 lit. e) die Entlassung des Pfleglings beantragen.

§ 5. Kömmt die Entlassung eines Pfleglings nach § 4 lit. c in Frage, bei welchem der Anstaltsleiter die Voraussetzungen des Art. 80 Abs. 2 des Polizeistrafgesetzbuches (Gemeingefährlichkeit etc.) als zutreffend erachtet, so hat er rechtzeitig Entscheidung der zuständigen Districtspolizeibehörde, bezw. der k. Polizeidirection wegen etwaiger zwangsweiser Unterbringung des betreffenden Kranken herbeizuführen.

In gleicher Weise ist zu verfahren, wenn ein freiwillig, auf eigene Anmeldung eingetretener Pflegling für den Fall seines Austrittes zu Befürchtungen im Sinne des Art. 80 Abs. 2 l. c. Anlass gibt und die Vermittlung der zunächst Betheiligten (Angehörigen, Vormünder etc.) erfolglos angeregt worden ist.

Rücksichtlich der Entlassung von Pfleglingen, welche auf Grund des Art. 80 Abs. 2 l. c. zwangsweise in der Anstalt untergebracht worden sind, bleiben die Bestimmungen in Ziffer 5 der bereits angeführten Ministerialentschliessung vom 1. Januar 1895 maassgebend.

Weitere Beschränkungen des freien Austritts sind unstatthaft.

Der Anstaltsleitung bleibt es anheimgegeben, die Entlassung eines Pfleglings auch ohne diesbezüglichen Antrag im Anstaltsinteresse zu verfügen.

§ 5. Von jeder Entlassung eines Pfleglings hat der Anstaltsleiter innerhalb acht Tagen der vorgesetzten Districtspolizeibehörde (Polizeidirection) unter Beifügung der etwa im öffentlichen Interesse oder im Interesse des Pfleglings erforderlichen Mittheilungen Anzeige zu erstatten.

Aufruf zu Sammlungen für das W. Meyer-Denkmal in Kopenhagen.

In Folge der Anregung von Prof. Fel. Semon in London haben sich fast in allen Ländern Comité's gebildet, um dem vor Kurzem aus dem Leben geschiedenen Dr. W. Meyer in seiner Heimath Kopenhagen ein Denkmal zu setzen. In England hat Ihre Königl. Hoheit die Princessin von Wales das Protectorat des Comité's für das Monument ihres Landsmanns übernommen. Die Unterzeichneten sind nun zusammengetreten, um in Deutschland die Sammlungen für dieses Denkmal zu fördern. Die Verdienste W. Meyer's sind bekannt. Die Wucherungen im Nasenrachen sind von seinem Scharfblick zuerst in ihrer Bedeutung für die Entwickelung der Kinder an Körper und Geist erkannt und von seiner kundigen Hand zuerst operativ beseitigt worden. Auf dem von ihm gebahnten Wege folgen ihm jetzt in allen Ländern Tausende von Aerzten, und eine über alles Erwarten grosse Zahl von Kindern wird so vor Taubheit bewahrt und zu besserem Dasein geführt. Unter den zahlreichen Entdeckungen, welche in den letzten Decennien die Heilkunde bereicherten und förderten, nimmt diejenige W. Meyer's in Bezug auf den praktischen Segen, welcher für die Menschheit von ihr ausgeht, eine hervorragende Stelle ein. Wir wenden uns desshalb an den so oft bewährten Opfersinn unserer deutschen Kollegen mit der Bitte um Beiträge für das W. Meyer-Denkmal in Kopenhagen. Wir wenden uns aber auch mit der gleichen Bitte an das grosse Publicum und dürfen hoffen, dass die Eltern, deren Kinder nach den Entdeckungen W. Meyer's von den Wucherungen befreit und dadurch zu anderen Menschen gemacht wurden, ihrer Dankbarkeit gegen den grossen Arzt durch Beiträge für sein Denkmal Ausdruck geben.

Das deutsche Comité für das W. Meyer-Denkmal.

In München nehmen Beiträge in Empfang Prof. Dr. Bezold, Fürstenstrasse 22/II und Prof. Dr. Schech, Sophienstrasse 2/I.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.